

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

VANESSA FURIOSO FERREIRA

**ESTUDO COMPARATIVO DE DIREITO ACERCA DAS POLÍTICAS
PÚBLICAS E LEGISLAÇÕES DE ABORTO**

CURITIBA

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

VANESSA FURIOSO FERREIRA

**ESTUDO COMPARATIVO DE DIREITO ACERCA DAS POLÍTICAS
PÚBLICAS E LEGISLAÇÕES DE ABORTO**

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade Federal do Paraná.

Prof. orientador: Dr. Rui Carlo Dissenha

CURITIBA

2017

TERMO DE APROVAÇÃO

VANESSA FURIOSO FERREIRA

ESTUDO COMPARATIVO DE DIREITO ACERCA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E LEGISLAÇÕES DE ABORTO

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Direito pela Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Rui Carlo Dissenha
Orientador - Núcleo de Prática Jurídica

Profa. Dra. Érica de Oliveira Hartmann
Departamento de Direito Penal e Processual Penal

Dr. Guilherme Brenner Lucchesi.
Prof. de pós-graduação da Associação Brasileira de Direito Constitucional.

Curitiba, 27 de novembro de 2017.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, ao incontestável apoio da minha família. Ao meu pai, Álvaro Sérgio, por seu apoio e por me ajudar a desvendar os mistérios do Excel; à minha mãe, Márcia, por me nunca deixar de me incentivar; e a minha irmã, Rafaela, pelos conselhos e momentos de divertimento nas horas mais necessárias.

Agradeço a todos os meus amigos, mas em especial à Wendy, Ana, Max, Fernanda, Vinícius e Mayara por fazerem parte da minha vida nesses cinco anos e compartilharem as aventuras dessa Santos Andrade. Tenham certeza que sem o seu suporte nunca chegaria tão longe.

Agradeço ao Ministério Público do Estado do Paraná, nas pessoas da Promotora Vanessa Toporovicz Beltrão Lacerda e da Assessora Michelle Catuzzo, e à Hapner & Kroez Advogados, em especial ao Doutor Antônio, por mostrarem sempre com paciência e sabedoria a prática do mundo jurídico.

Por último, porém nunca menos importante, sou grata a todos os mestres que fizeram parte da minha formação na Universidade Federal do Paraná. Principalmente, agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Rui Carlo Dissenha, por se mostrar dentro e fora da sala de aula um exemplo de dedicação a essa profissão de que em breve farei parte.

“Que nada nos defina, que nada nos sujeite. Que a liberdade seja a nossa própria substância, já que viver é ser livre.”

Simone de Beauvoir

RESUMO

O presente estudo visou efetuar um levantamento acerca das legislações vigentes pelo mundo sobre o aborto. Por meio de sua divisão em três correntes – totalmente permissiva, totalmente proibitiva e permissiva em casos especiais –, houve o confronto com indicadores socioeconômicos como IDH, renda per capita, mortalidade materna, religião, entre outros, de modo a investigar suas possíveis correlações, sendo examinados detalhadamente os sistemas de dois países de cada corrente. Em um terceiro momento, foi analisado o posicionamento das organizações e Tribunais Internacionais quanto à temática. Foi identificada uma relação proporcional dos indicadores socioeconômicos em relação à permissibilidade de suas leis. Quanto à religião, constatou-se que sua ausência oferece uma propensão a leis mais libertárias quanto ao aborto, sendo que não foram reconhecidas diferenças significativas da presença de cada corrente quanto ao dogma – exceto a possibilidade de maior influência do Cristianismo no ordenamento jurídico. Quanto às suas origens, o Poder Legislativo destacou-se como o principal caminho para as mudanças expressivas, cabendo ao Poder Judiciário papel subsidiário. No plano internacional, verificou-se que as organizações internacionais assim como os Tribunais internacionais sustentam a implementação de legislações que no mínimo possibilitem o aborto terapêutico, porém as Cortes defendem a soberania e a discricionariedade dos Estados de estabelecerem suas próprias legislações.

Palavras-chave: Aborto, Direito Comparado, Direito Penal Comparado, Levantamento de Dados.

ABSTRACT

The present study aimed to make a survey concerning the valid legislations around the world about abortion. Through their division in three strands – fully permissive, fully prohibitive and permissive in special cases –, there was a confrontation with socioeconomic indicators like HDI, *per capita* income, maternal mortality, religion, among others, in order to investigate their conceivable correlations, and it was examined at length the systems of two countries of each strand. On a third moment, it was analyzed the position of international organizations and Courts on the subject. It was identified a proportional ratio of the socioeconomic indicators in relation to the permissibility of their laws. In concern to religion, it was checked that its absence offers an inclination to more libertarian laws on abortion, but there weren't recognized significative differences in regard to the presence of each strand among the dogmas – save the possibility of greater influence of Christianity on the legal system. As for their sources, the Legislature stood out as the main way for expressive changes, falling to the Judiciary a subsidiary role. On an international level, it was verified that international organizations as well as international Courts advocate for the implementation of legislations that at the very least enable therapeutic abortion, although the Courts defend the sovereignty and the discretion of the State to establish its own legislations.

Keywords: Abortion, Comparative Law, Comparative Criminal Law, Data Survey.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. ASPECTOS FUNDAMENTAIS DA PESQUISA	10
2.1. AS QUESTÕES EM TORNO DO ABORTO.....	10
2.2. PESQUISA: CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS E ANÁLISE DE DADOS	14
3. AS CORRENTES LEGISLATIVAS.....	255
3.1. A CORRENTE TOTALMENTE PERMISSIVA E UMA ANÁLISE DE CASOS: ESPANHA E PORTUGAL.....	255
3.2. A CORRENTE TOTALMENTE PROIBITIVA E UMA ANÁLISE CASOS: CHILE E NICARÁGUA	33
3.3. A CORRENTE PERMISSIVA EM CASOS ESPECIAIS E UMA ANÁLISE DE CASOS: EUA E BRASIL.....	41
3.3.1. ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA.....	41
3.3.2. BRASIL	44
4. TENDÊNCIAS MUNDIAIS	53
4.1. ONU E ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS.....	53
4.2. CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS.....	57
4.3. CORTE EUROPÉIA DE DIREITOS HUMANOS	60
5. CONCLUSÃO	64
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
APÊNDICE 1 – TABELA COMPARATIVA COMPLETA.....	72
APÊNDICE 2 – TABELA DAS HIPÓTESES DE PERMISSÃO.....	79
APÊNDICE 3 – TABELAS COMPARATIVAS ESPECÍFICAS.....	85

1. INTRODUÇÃO

A interrupção deliberada da gravidez, causada por conduta da gestante ou de terceiro, sempre foi prática recorrente. Apesar de condenada por algumas civilizações antigas como a babilônica, era em sua maior parte adotada e até incentivada como alternativa ao controle populacional, tendo como defensores de sua utilidade Sócrates e Platão, por exemplo (PACHECO, 2007, não p.). Entretanto, com o crescimento do Cristianismo e de outras religiões monogâmicas, seu exercício sofreu um processo de criminalização generalizada de modo que, apesar de ainda existir cotidianamente, sua praxe era objeto de preconceito social e aceita apenas em casos excepcionalíssimos – geralmente, apenas para salvar a vida da mulher.

Após a Segunda Guerra Mundial, o planeta ainda observou o início do processo inverso com destaque para os Estados Unidos e os países europeus, pioneiros em sua legalização total. Apesar disso, o tema ainda é ponto ferrenho de discussões sociais e jurídicas no tocante a sua aplicabilidade e até admissibilidade do ponto de vista dos direitos humanos.

Vale ressaltar que a proibição legal do aborto não impede a sua realização – gera, pelo contrário, apenas a marginalização das mulheres que necessitam do procedimento e, desesperadas, apelam para abortos clandestinos em condições inseguras e insalubres. Segundo números da Organização Mundial da Saúde (2013, p. 27), ocorrem mais de 22 milhões de abortos clandestinos anualmente, sendo 98% em países em desenvolvimento. O aborto inseguro foi identificado como problema de saúde desde 1967 pela OMS e eliminá-lo é assumidamente uma das principais estratégias de ação da organização.

Especificadamente no Brasil, os índices também são alarmantes. Arilha (2012, p. 1786) cita, com dados do Ministério da Saúde, que cerca de 250 mil mulheres são internadas nacionalmente em hospitais públicos após terem efetuado um aborto clandestino e que suas complicações são a quarta maior causa de mortalidade materna no Brasil – chegando a ser a primeira em Salvador há mais de 25 anos e a terceira em São Paulo.

Realça-se, logo, o valor e a imprescindibilidade de um estudo comparado acerca das legislações e políticas públicas sobre o aborto. Somente através de um exame amplo sobre o tema serão identificadas quais são as principais correntes de pensamento e legislação sobre o tema, o modo como são executadas e suas consequências sociais, positivas ou negativas, para a população a qual esses ordenamentos jurídicos encontram-se vigentes.

As hipóteses gerais analisadas nesse estudo são as seguintes:

- (i) A permissividade da legislação do aborto possui relação proporcional aos indicadores socioeconômicos de sua sociedade correspondente, de modo que um país considerado de maior desenvolvimento será caracterizado por um ordenamento jurídico que valorize a mulher em detrimento do feto.
- (ii) As religiões predominantes ou sua ausência possuem influência na materialização das regras jurídicas sobre o tema.
- (iii) A alteração do ordenamento jurídico acerca do tema, nos países tomados como exemplos, dá-se predominantemente pelo Poder Legislativo.
- (iv) Existe uma tendência internacional, apoiada pelos organismos internacionais, em incentivar a abertura do procedimento – tanto em mais hipóteses quanto em uma transformação extrema para a total liberalização.

A primeira divisão da monografia abrange um levantamento de dados acerca das legislações atualmente vigentes sobre o aborto no mundo. Tais informações serão comparadas com outros índices como IDH, mortalidade materna, renda per capita entre outros a fim de que seja estabelecida, se possível, relação entre essas características nacionais e o ordenamento jurídico pertinente ao tema. A segunda contém a apresentação das três correntes. Após breve comentário sobre suas aplicações, serão discutidas as motivações jurídicas de cada linha de pensamento, englobando explanação mais aprofundada de escolhidos “Estados-chave” da concentração, incluindo o Brasil. Por fim, há o exame internacional do tema e suas tendências. Serão apresentadas as colocações de diversos organismos e de tribunais internacionais sobre o aborto, bem como qual é o entendimento da doutrina nesse sentido.

2. ASPECTOS FUNDAMENTAIS DA PESQUISA

2.1. AS QUESTÕES EM TORNO DO ABORTO

No decorrer da discussão social sobre a temática do aborto, variados são os argumentos utilizados para defender a proibição ou a permissão desse procedimento. É interessante compreender os principais fundamentos a fim de sejam melhor identificados os pontos polêmicos que acarretam em legislações diferenciadas em cada país.

Primeiramente, há a valorização da vida da mulher em comparação à do feto, nas circunstâncias em que se demonstra ser impossível sua simultaneidade. É uma situação muito particular, na qual o envolvimento de terceiros é deveras indesejado: somente a mulher, por ter sua sobrevivência e integridade ameaçada pela continuidade da gravidez, poderá avaliar se é vantajoso o seu prosseguimento.

Em contra partida, indubitavelmente é o grande valor social concedido à proteção da vida do feto o principal argumento que fundamenta a corrente totalmente proibitiva – na qual o aborto é proibido dado o caráter absoluto que esse direito possuirá. Considera-se um ato hediondo terminar a vida de um ser indefeso ainda em fase de desenvolvimento e a atitude de abortar demonstraria um caráter egoísta por parte da futura mãe. Por essa tendência, os direitos das mulheres jamais seriam suficientes a fim de que justificassem o sacrifício da criança, visto que o seu direito à vida seria absoluto ou, no menos, extremamente relevante. Seus defensores apresentam outras alternativas menos drásticas à morte do feto, como tratamentos diversificados ou alternativos de saúde e a possibilidade de transferência de guarda para parentes ou até mesmo a adoção.

O planejamento familiar é outro argumento levantado na discussão sobre o aborto. Contudo, nunca ele ser a principal alternativa para resolver índices de alta natalidade: somente será aplicável em casos em que seja inviável o casal ou a mulher, se mãe solteira, aumentar sua prole por não possuírem mínimas condições sociais e econômicas de sustentar o novo integrante da família (ou quando sua chegada afetará

demasiadamente a sobrevivência dos outros componentes já existentes). Enquanto que o companheiro possui o direito de opinar se desejar, visto que possui deveres junto ao feto que ajudou a gerar, a decisão final obrigatoriamente será da mulher. Será ela, devido aos nossos costumes, que terá a maior atribuição de zelar pela criança, mesmo nos casos em que os genitores permanecem em um relacionamento após o nascimento. Caso isso não ocorra, tal papel será ainda mais acentuado: é comum o pai ausentar-se completamente da vida e da criação do menor, transformando a mulher em única provedora da família

Devido as suas circunstâncias, é natural e até recomendado que essa família participe de um programa de planejamento familiar, público ou privado, a fim de melhor conhecer suas oportunidades e o momento oportuno, caso seja esse o desejo mútuo, de aumentar o núcleo familiar. Nesse cenário, o uso de preservativos é essencial – entretanto, não é infalível. Tanto através de sua utilização errônea, por falta de informação, quanto pela imperfeição normal do método, visto que nenhum pode ser considerado totalmente efetivo, é factível que ocorra uma gravidez indesejada. Assim, aquele casal que em um primeiro momento poderia ser considerado pela opinião social como descuidado, apenas será vítima das probabilidades.

Outro fator relevante levantado é a influência negativa ao desenvolvimento profissional da mulher que acarreta essa gravidez. Há conhecidamente uma tendência mundial das últimas décadas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento de atrasar a maternidade a fim de que se consiga prosperidade no âmbito profissional. Não mais o gênero feminino está restrito a vida domiciliar, mas sim apresenta um papel determinante no mercado de trabalho.

Chae *et al* (2017, p. 3-6) demonstraram, em estudo empírico em catorze países de diferentes contextos de desenvolvimento, que a razão socioeconômica é o motivo mais citado pelas gestantes para terem praticado o aborto. Outros fatores importantes destacados foram a não intenção de ter mais uma criança (planejamento familiar) e o desejo do parceiro. Em 2004, 89% das entrevistadas norte-americanas apontaram múltiplas razões para o aborto, sendo a hipossuficiência econômica, o desejo do parceiro e a interferência em seus planos futuros as mais presentes. Já entre 2008-

2009, as questionadas forneceram como as maiores justificativas a hipossuficiência econômica, “não ser a hora certa para ter filhos” e o desejo do parceiro. Na Suécia durante o mesmo período, foram apresentados o desejo de postergar a gravidez, o desejo do parceiro e a hipossuficiência econômica como as maiores justificativas para ter sido efetuada a interrupção.

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde, por exemplo, relata que mais da metade dos abortamentos dão-se em mulheres menores de 25 anos. Argumenta-se que a maternidade pode vir carregada de um sentimento de opressão à mulher, visto que o nascimento da criança acarretará diversas mudanças de foro íntimo e social: seu físico, sua identidade, sua relação com o companheiro (pai de seu filho) e de suas possibilidades de futuro (BENUTE *et al*, 2009, p. 322, 327).

O movimento feminista também encabeça o posicionamento favorável à possibilidade da interrupção da gravidez oriunda de violência sexual. Pondera-se que o trauma derivado do ato, já potente por si só, seria exacerbado caso haja a obrigatoriedade da mulher ter que conceber um filho fruto dessa violação – causando-lhe imensurável sofrimento psíquico. Novamente, cabe apenas a mulher avaliar se possui condições físicas, psicológicas e socioeconômicas de gerar essa criança. Nessas circunstâncias, a recusa dos profissionais no tocante ao procedimento caracterizaria uma violência institucional que afeta sua autodeterminação reprodutiva e sexual (FARIAS e CAVALCANTI, 2012, p. 1756).

A busca da limitação do sofrimento físico e mental da mãe também fundamenta a defesa do aborto na presença de doença congênita letal. Dado que a sobrevivência da criança é impossível após o parto ou extremamente limitada, como no caso da anencefalia, o desgaste e angústia da mulher em ter que prosseguir com a gravidez mesmo conhecendo que jamais haverá o desenvolvimento do bebê justificaria para uma parcela da população o poder de escolha da futura mãe em interromper a gravidez.

Contudo, essa é uma decisão de foro íntimo bem como está atrelada à consciência e religião da gestante, visto que pode ser considerado que não caberia a ela interromper o crescimento do feto apesar de seu sofrimento, já que suas crenças, por exemplo, poderiam ir contra essa alternativa. Benute *et al* (2009, p. 322) destacam

que a autorização judicial para o aborto terapêutico diminui o sentimento de culpa do casal, pois entende-se que há uma adequação social na realização da conduta.

O sexto caso no qual se defende a alternativa do aborto é quando a gravidez é originada por incesto. Aqui, existem dois pontos principais: primeiramente, o incesto em numerosos casos é fruto de abuso sexual por parte de integrantes mais velhos da família, como pais, tios e avós – de modo que também caberiam os mesmos fundamentos apresentados para a interrupção da gravidez originada pelo estupro. Por outro lado, caso o comportamento tenha derivado de uma conduta livre e consciente pelas duas partes, os relacionamentos sexuais consangüíneos acarretam em maiores probabilidades de nascimento de crianças com variados distúrbios genéticos – dada a semelhança do material gênico¹.

Por último, o discurso de teor religioso é o principal empregado contra o procedimento. A posição, muitas vezes absoluta e arbitrária, das Igrejas (principalmente a Igreja Católica, no caso da América Latina) de manter o estado de gravidez desconsidera os sofrimentos que possam estar envolvidos a essa condição, como nas circunstâncias de estupro e de fetos anencéfalos.

Costa (2010, p. 193), inclusive, destaca que o Cristianismo desde o seu surgimento iguala a conduta à de homicídio. Sua pena, segundo o direito canônico, é a excomunhão – a mais grave dentro desse ordenamento. Nesta vertente, o Latin American and Caribbean Women's Health Network (2008, p.14) enfatiza que os dois últimos papas manifestaram-se publicamente contra o aborto: João Paulo II atacou em diversos momentos os direitos sexuais e reprodutivos defendidos pelos grupos feministas, enquanto que Bento XVI apoiou uma campanha mundial contra o procedimento com o suporte do Estado norteamericano.

A influência religiosa é inclusive sentida em países que há alguma abertura, ainda que pequena, para o aborto. Fontes (2012, p.1807-1809) aponta em pesquisa realizada nos meios de comunicação no tocante à disputa presidencial brasileira de 2010 (período no qual o tema estava amplamente em pauta) que as matérias na imprensa

¹ Nesse sentido, vide <<http://lineu.icb.usp.br/~bbeiguel/Genetica%20Populacoes/Cap.5.pdf>>, doutrina elaborada pelo Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo.

trouxeram predominantemente uma perspectiva moral e religiosa, sem contemplar a saúde pública. Inclusive, estarrecedor é o fato de que das amostras coletadas para a pesquisa, inexistiram histórias de mulheres que passaram pelo procedimento - fator que demonstra a concentração das decisões sobre o tema à responsabilidade de um grupo masculino, o qual não corresponde ao envolvido em primeiro momento.

Aliás, os motivos religiosos foram indicados por Farias e Cavalcanti (2012, p. 1761) como justificativas dadas por profissionais da saúde para a negação no atendimento, dado que alguns consideram esse procedimento como uma “violação da vontade divina” ou um “pecado”. Contudo, a laicidade do Estado prega que a atuação da máquina estatal, por meio das políticas públicas, não pode sofrer interferência das crenças religiosas particulares – impedindo tal justificativa de basear o prejuízo de acesso desse serviço.

Simboliza esse posicionamento, por último, a emblemática fala de Jaime Guzmán, senador chileno responsável pela mudança na legislação do país sobre o aborto em 1989:

“The mother should bear her child, even though it is abnormal, even though she did not want it, even though it is the product of rape, or even if its birth results in her death... She has the duty to be subject always to the moral law, no matter what pain this implies, because it is precisely what God has imposed upon humanity.” (LATIN AMERICAN AND CARRIBBEAN WOMEN'S HEALTH NETWORK, 2008, p.3)

2.2. PESQUISA: CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS E ANÁLISE DE DADOS

O levantamento visa investigar as variações nas legislações sobre o aborto em nível global, a fim de apresentar um quadro abrangente de suas variações. Conjuntamente, objetiva através de outros parâmetros, como saúde materna, desenvolvimento, renda per capita e religião, descobrir a possibilidade de suas relações e influências ao ordenamento jurídico específico ao tema.

O campo de estudo geral foram as legislações criminais de 192 países. Daqueles não incluídos (cita-se aqui particularmente os casos de Coréia do Norte, Hong Kong e

Palestina), sua exclusão deve-se à indisponibilidade de dados oficiais sobre as legislações ou sobre diversos aspectos ponderados pela pesquisa e ao descrédito dos índices referentes ao país em razão do forte controle estatal – caso específico da Coreia do Norte –, fatos cuja incidência influenciaria negativamente a análise se desconsiderados.

As legislações acerca do aborto foram divididas em três grandes correntes: totalmente proibitiva, totalmente permissiva e permissiva em casos especiais. A primeira corresponde aos ordenamentos jurídicos que condenam o aborto em qualquer hipótese. Já a segunda corrente abarca os países que autorizam a realização do procedimento livremente, havendo ou não restrição temporária para a sua execução (por exemplo, permitido nas doze primeiras semanas de gestação sem apresentação de justificativa e, após esse lapso temporal, permitido através de autorização médica) – porém sempre com alguma alternativa vigente até o fim da gestação. Por sua vez, a última corrente, mais ampla, contempla os casos em que a intervenção é consentida legalmente em casos abstratos determinados previamente pelo direito penal de acordo com cinco hipóteses pré-estabelecidas: risco de vida para a gestante, risco à sua saúde física e/ou mental, má-formação fetal – cuja presença impediria a sobrevivência extra-uterina –, gravidez oriunda de estupro ou incesto e razões socioeconômicas.

As informações sobre as leis foram obtidas de estudos confeccionados pela Organização das Nações Unidas (World Abortion Policies 2013 e Abortion Policies: a Global Review²), com a devida atualização em casos específicos nos quais houve alteração no ordenamento jurídico.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um parâmetro mundialmente difundido que avalia as condições de vida da população de cada país. Baseia-se essencialmente em três aspectos básicos do desenvolvimento humano: saúde, educação e qualidade de vida, através da expectativa de vida ao nascer, anos de educação e PIB (produto interno bruto) per capita.

² Estudo extenso realizado pela ONU em 2002, acessível no endereço eletrônico: <<http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/>>.

Os valores de IDH e suas classificações aqui empregados provêm do Relatório de Desenvolvimento Humano 2016 das Nações Unidas³, cujo cálculo baseou-se em informações fornecidas pelas divisões de estatística da ONU e da UNESCO, pelo Banco Mundial, pelo Fundo Monetário Internacional e por outras organizações internacionais⁴.

O cálculo da renda *per capita* é originado do Produto Nacional Bruto (retirados os gastos de depreciação de capital e impostos diretos, convertido para dólares através de paridade do poder de compra – PPC ou PPP rates, em inglês – e dividido pela população do país. As informações sobre a renda *per capita* utilizadas no estudo derivam de dados do Banco Mundial, da divisão estatística da Organização das Nações Unidas e do Fundo Monetário Internacional e apresentados no Relatório de Desenvolvimento Humano da ONU no ano de 2016.

A fim de melhor estudo, o conjunto de renda per capita foi dividido em quatro intervalos: menor que cinco mil dólares, entre \$5.001,00 e \$10.000,00, entre \$10.000,01 e \$25.000 e acima de \$25001,00⁵. O objetivo da segmentação foi obter parâmetros dentro de quadros de semelhante perspectiva financeira e proporcionar uma leitura balanceada.

O indicador de mortalidade materna aponta a ocorrência de mortes relacionadas a causas pertinentes à gestação em cada 100.000 nascimentos com vida. Os índices são oriundos do levantamento das Nações Unidas “Maternal Mortality Estimation Group” de 2016, presentes no Relatório de Desenvolvimento Humano de mesmo ano confeccionado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento⁶. Os valores foram novamente separados em quatro níveis: de 0 à 15, 16 à 35, 36 à 100 e acima de 100⁷. Visto que a Organização das Nações Unidas considera ideais os países com mortalidade materna abaixo de 35, procurou-se criar duas classes envolvendo índices

³ O relatório pode ser acessado através do endereço eletrônico <www.hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf>.

⁴ O universo da citada comparação inclui 186 países. Não foram incluídos seis países devido à falta de dados oficiais a respeito do IDH: Ilhas Marshall, Mônaco, Nauru, San Marino, Somália e Tuvalu.

⁵ Não foi incluído na comparação com a renda per capita Mônaco devido à falta de índices.

⁶ O citado Relatório encontra-se disponível para consulta em: <www.hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf>.

⁷ O universo da comparação com a mortalidade materna é de 180 países, não contendo 12 países devido à falta de dados: Andorra, Antiga e Barbuda, Dominica, Ilhas Marshall, Liechtenstein, Mônaco, Nauru, Palau, Neves, San Marino, Seicheles e Tuvalu.

aconselhados pela ONU (considerados “ótimos” e “bons”) e dois outros de características mais preocupantes.

Quanto às religiões proeminentes, os dados foram obtidos através do acesso ao The World Factbook elaborado pela CIA (Central Intelligence Agency)⁸. Assim como os outros indicadores, a fim de serem melhores dispostos e comparados, procedeu-se a repartição entre cinco categorias distintas: cristianismo, islamismo, budismo, outras religiões e sem religião. Além disso, foram destacadas aquelas pátrias em que, apesar de haver uma religião dominante, há significativa parcela da população (superior a vinte por cento) que se declara não seguir qualquer religião.

Por último, no tocante às regiões geográficas, houve a separação dos países em sete grupos: África, América Central, América do Norte, América do Sul, Ásia, Europa e Oceania. Busca-se analisar se existe alguma tendência regional dado que a semelhança histórica e de desenvolvimento encontrada.

As tabelas e gráficos frutos da análise encontram-se em sua totalidade nos apêndices da monografia, a partir da página 73, a fim de melhor disposição e leitura do estudo⁹. Nesta subseção, serão descritos os resultados e será efetuada a sua discussão.

Primeiramente, quanto à incidência das correntes, descobriu-se que a maioria dos países pesquisados segue a permissiva parcial: 130 Estados, resultando em 67,7% de incidência mundial. A segunda corrente mais presente é a permissiva, vigente em 56 países (29,2% do total), enquanto que a proibitiva apenas ocorre em seis: Chile, El Salvador, Malta, Nicarágua, República Dominicana e Sudão do Sul – 3,1% dos 192 pesquisados¹⁰.

Assim, percebe-se que, seja pela linha permissiva seja pela intermediária, a extensa maioria dos ordenamentos jurídicos em algum momento dispõe maior importância aos direitos maternos em relação aos do nascituro – visto que sujeita o direito à vida do último a, pelo menos, o direito à vida da gestante. Uma das razões que

⁸ Acesso público disponível em: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>>

⁹ A Tabela 1 corresponde à tabela completa com todos os dados utilizados para as comparações. As tabelas seguintes formam associações particulares entre essas informações.

¹⁰ Vide Tabela 3 dessa monografia.

podem esclarecer essa escolha é o fato da mulher já estar inserida no campo social, de modo que a sua ausência acarretará em prejuízos maiores se comparados ao falecimento de um indivíduo que, por uma perspectiva, apenas ainda possui uma expectativa de vida e de interferência na relação com seus semelhantes. No próximo capítulo deste estudo, serão destrinchados os argumentos jurídicos empregados para a justificativa dessas escolhas.

Tomando como amostra apenas o grupo de ordenamentos jurídicos que aplicam a corrente permissiva parcial, constatou-se que todos empregam a hipótese de perigo de vida da mulher como justificativa para a realização do aborto. Em seguida, o risco à saúde física e/ou mental da mulher é a segunda concessão mais comum, empregada em 73 países ou 56% do total. Tanto a gravidez derivada de ato de estupro ou incesto e a incidência de má-formação fetal são hipóteses passíveis de aborto para 30% dos 130 países (39 Estados cada). E, por último, o argumento de razões sociais e/ou econômicas desfavoráveis somente integra a legislação de 10 países, correspondendo a 8% do conjunto¹¹.

A partir do momento em que os juristas decidem que é praticável a interrupção voluntária da gravidez, a vida da mulher sempre será a escolhida se contraposta a do feto. O direito à integridade física e mental, por outro lado, não possui um tratamento tão homogêneo, visto que apenas um pouco mais de cinquenta por cento consideram tal razão como capaz de ensejar o procedimento e a consequente morte da criança. Essa inclinação ao direito de vida do feto é ainda mais perceptível nos casos em que outros direitos da gestante são violados, como ocorre nos casos de estupro ou incesto, dado que apenas um terço é favorável ao aborto nessas situações.

No tocante a anomalias fetais, também há uma menor proporção de adeptos ao procedimento, visto que não é considerado fundamento suficiente a fim de que seja encerrada a sua promessa de vida. Enquanto que de fato esse parece ser o caso para deficiências físicas que não afetem a sobrevivência do feto, diversamente poderia se dizer de doenças congênitas letais, como a anencefalia – em que a morte é certa e o bebê

¹¹ A Tabela 2 apresenta as informações completas sobre as hipóteses permitidas em cada país que possui vigente a legislação permissiva parcial. Já a Tabela 4 demonstra os percentuais de incidência de cada hipótese.

apenas sobreviverá um curtíssimo espaço de tempo. Contudo, ainda assim é encarado por aqueles países cujo sistema normativo não contempla essa hipótese que há supremacia do direito à vida, não importando o quão breve ela será. Não é considerado suficiente aqui o sofrimento psíquico a que estará sujeita a mãe da criança, dado que terá que levar adiante gestação em que já é sabido que não haverá o desenvolvimento do indivíduo à idade adulta: o importante é que ele possua a sua existência assegurada.

Por último, o argumento de razões sociais e financeiras desfavoráveis é a hipótese menos contemplada dentre as disponíveis. A esse respeito, pode-se entender que o Estado pondera que há outras soluções a esses problemas muito menos extremos que o aborto: auxílios e benefícios estatais e particulares, a possibilidade da transferência da guarda da criança para parentes e até mesmo a sua colocação em família substituta através da adoção. Desse modo, a adoção de uma medida de aspecto criminal fugiria do caráter de *ultima ratio* característico desse ramo do direito.

Relevante resultado é obtido através da contraposição das correntes de legislação contra os Índices de Desenvolvimento Humano. Pode-se inferir que há um nítido vínculo entre o crescimento do IDH e a liberação total do aborto: a ocorrência das leis permissivas cresce gradativamente de 0% (IDH baixo) a 25%, 34,5% e 54% (IDH médio, alto e muito alto, respectivamente). Em contrapartida, há um decréscimo gradual na presença das legislações permissivas parciais: de 97,6% para 70,0%, 63,6% e 42%, nessa ordem, nos países que apresentam IDH baixo, médio, alto e muito alto¹².

Quanto à proibitiva, sua presença está bem distribuída por porcentagens mínimas em todos os níveis de desenvolvimento humano e não expõe qualquer ligação entre esses indicadores – verificando-se em 2,4% dos países de IDH baixo, 5,0% de IDH médio, 1,8% de IDH alto e 4,0% de IDH muito alto.

Quando praticada a correspondência entre a corrente legislatória e a renda per capita, há – assim como revelado em relação ao IDH – avanço da presença da corrente permissiva com o aumento da renda per capita em detrimento da permissiva parcial. O menor nível de renda apresenta em sua grande maioria a corrente permissiva parcial,

¹² A comparação completa está apresentada na Tabela 5.

com 89,1% do total, enquanto a permissiva somente encontra-se em 7,3%. Após essa classe, há a expansão progressiva da permissiva (27,3%, 38,3% e 46,5%, respectivamente) e a consequente diminuição da permissiva parcial, com índices de 69,7%, 58,3% e 51,2%, nessa ordem¹³.

A presença da proibitiva, mais uma vez assim como ocorreu na comparação com o IDH, não aparenta deter conexão com o índice, dado que sua porcentagem permanece praticamente estável em todas as categorias: 3,6%, 3,0%, 3,3% e 2,3% (respectivamente, da menor à maior renda).

Por meio desses dois parâmetros, infere-se que o aumento dos padrões de renda, educação e saúde induz as suas sociedades a valorizar a maior liberdade de escolha da gestante. Conjuntamente poderia ser considerado que há nesses países maior acesso à informação em relação ao procedimento e a métodos contraceptivos – alguns dos quais poderiam ser considerados abortivos se houver uma interpretação ampla do termo, especialmente se apontada a teoria concepcionista -, de sorte que o tema não é um tabu nessas comunidades e é praticável uma discussão aprofundada sobre o assunto e suas ramificações sociais, biológicas e jurídicas.

O maior acesso e a maior qualidade das redes de saúde também pode ser um fator determinante: a viabilidade de uma atuação segura à gestante popularizaria o acesso a esse serviço, facilitando a mudança da opinião pública a fim de que torne-se mais favorável à alternativa do aborto.

Esse argumento também pode ser empregado na comparação das correntes com os índices de mortalidade materna¹⁴. Assim como no IDH e na renda per capita, é perceptível que as menores taxas de mortalidade materna ocorrem proporcionalmente em países com legislações mais liberais: nas faixas de menor mortalidade a presença da linha permissiva está em 59,2% e 52,0%, respectivamente, enquanto nos Estados com maior mortalidade, a porcentagem decai para 28,6% e a apenas 5,6% na classe com mais de 100 mortes por cem mil gestantes. Em compensação, há o aumento da permissiva parcial na medida em que cresce o falecimento materno: de 38,8% para

¹³ Vide Tabela 6 dessa monografia.

¹⁴ Vide Tabela 7 dessa monografia.

44,0%, 65,7% e 91,5%, respectivamente. Mais uma vez, não é factível estabelecer uma relação entre a vertente proibitiva e o índice estudado, devido à falta de padrão obtido no levantamento: sua incidência varia de 2,0% (faixa de 0 a 15) para 4,0% (16 a 35), 5,7% (36 a 100) e 2,8% (acima de 100).

Além do melhor acesso à saúde, a maior liberdade da mulher para efetuar o procedimento reduz significativamente o número de abortos clandestinos – e são esses os mais sujeitos a complicações para tanto a gestante quanto para a criança. O temor em ser responsabilizada pela conduta em países nos quais ela é proibida ou restringida faz com que evite procurar assistência médica (como pode-se inferir dos casos posteriormente descritos da Nicarágua e do Chile), de modo que no momento em que finalmente há a busca por auxílio, a situação é irreversível.

Quanto à possível ligação entre as leis de aborto e a religião, quando a crença principal do país é o Cristianismo, Islamismo ou outras religiões¹⁵ não foi constatada grande discrepância em relação à ocorrência das legislações: no Cristianismo há 29,8% da corrente permissiva e 65,3% da permissiva parcial; no Islamismo, 22,9% de vigência da permissiva (a menor porcentagem aqui encontrada) e 77,1% da permissiva parcial; e na predominância de outras religiões, há 27,3% da permissiva e 72,7% da permissiva parcial. A maior frequência da corrente permissiva localizou-se quando há predominância do Budismo, com 37,5%, contra 62,5% de permissiva parcial.

Contudo, a análise separada daqueles Estados que possuem parcela significativa de sua população (vinte por cento, no mínimo) que alega não seguir nenhuma religião demonstra um resultado gritante: 68,2% dos vinte e dois países aplicam a corrente permissiv¹⁶ – lembrando que a maior porcentagem desse tipo legislativo anteriormente quando considerado dogma religioso era de 37,5%, atingido com o Budismo. Quando separados aqueles que a “religião predominante” é não praticar nenhuma religião, o índice eleva-se para surpreendentes setenta e cinco por cento.

Denota-se pois que a presença de um dogma religioso induz radicalmente a presença de maiores restrições – e, do lado oposto, a sua inexistência permite a

¹⁵ Vide Tabela 8 dessa monografia.

¹⁶ Vide Tabela 9 dessa monografia.

vigência da corrente mais libertária. Todos esses dogmas valorizam a vida e a encaram como uma dádiva sagrada, que se iniciaria no ato da concepção - raciocínio que condenaria o aborto por se tratar de um verdadeiro assassinato de um ser humano. A crença, mesmo que estando em um nível suplementar e inferior ao que se demonstrava em épocas passadas, ainda motiva o pensar coletivo de preservar ao máximo a sobrevivência do feto. Contudo, em confronto com a preservação da vida materna, ainda essa apresenta-se como mais desejável.

Já nas nações com disseminação de ideias ateias ou nas quais a religião não exterioriza tal interferência, a sociedade mostra-se muito mais maleável às hipóteses de permissão da interrupção da gravidez. Há nesses casos maior valorização das liberdades individuais da mulher, concebendo que a maternidade deverá de ser produto de seu desejo íntimo no momento em que esta for mais propícia para sua vida e de seu par. Existe aqui, portanto, a valorização de sua livre escolha em detrimento de um dever moral de sacrifício pelo bem do ser humano que ainda está em desenvolvimento.

Outra informação significativa levantada é quanto à ocorrência da legislação proibitiva: todos os seis países possuem o cristianismo como religião principal. Embora seja leviano afirmar que seja a crença mais extrema nesse sentido, especialmente visto que todas as principais aqui citadas condenam o procedimento do ponto de vista moral, é inegável sublinhar a relação descoberta pelo estudo. Um ponto que é passível de ser levantado é que há uma conexão generalizada mais profunda entre os ordenamentos jurídicos e a moral social nesses países, mesmo que o Estado seja constitucionalmente laico – de modo que haja uma maior influência dos fundamentos cristãos nas legislações¹⁷.

A última comparação consumada foi sobre a prevalência nos continentes de alguma das correntes aqui relacionadas. Através do estudo, percebe-se que na Europa e na América do Norte existe a maior porcentagem de legislação permissiva em vigor: 74,5% e 66,7%, respectivamente. Em contrapartida, ela não foi encontrada em nenhum país da Oceania (aqui, todas as nações possuem a linha moderada) e em meramente 3,8% na África e 4,8% na América Central. A permissiva parcial consta como linha

¹⁷ Sobre a influência da religião para o aborto, consulte também o ponto 1.2 dessa monografia.

majoritária em todos os continentes – exceto, como já mencionado, na Europa e América do Norte.¹⁸

A facção proibitiva tem sua maior influência na América Central, representando 14,3% do total daquela região e três países em números absolutos: El Salvador, Nicarágua e República Dominicana. Os outros estão distribuídos igualmente na Europa (Malta, 2,1% da região), África (Sudão do Sul, 1,9% do continente) e América do Sul (Chile, 8,3% da região). Destaca-se que, se reunida toda a extensão do continente americano, ela corresponderá à incidência de dois terços dos países proibitivos.

Analisando esses dados, é factível a ideia de que há, sim, tendências regionais, sendo que a Oceania é o maior exemplo, vide que todos os seus países seguem apenas uma vertente. Provavelmente as semelhanças no desenvolvimento histórico e social podem ser apontadas como fatores determinantes para essa propensão de homogeneidade. No caso da América Latina, por exemplo, a ampla maioria dos países foi colonizada por Espanha e Portugal – países de maioria católica e com culturas próximas – e conquistaram sua independência séculos depois, mantendo, contudo, diversas características culturais de seus colonizadores (visto que, na conquista, os povos tradicionais foram em maior parte dizimados). Assim, há similaridades em diversos pontos da sociedade, sendo a questão do aborto uma delas.

O histórico da presença da corrente proibitiva também confirma essa justificativa. Tanto no Chile quanto na Nicarágua e em El Salvador estavam em vigor até o fim do século passado legislações mais abertas quanto ao tema, que autorizavam no mínimo o aborto terapêutico. Contudo, questões políticas internas influenciaram a alteração legal no Chile em 1989, bem como na Nicarágua e em El Salvador no início dos anos 2000. Essa onda restritiva apenas ocorreu na região, sendo que nos outros continentes existe uma tendência à abertura (como será explanado no decorrer desse trabalho).

O mesmo raciocínio é pertinente ao continente africano. A África também sofreu a colonização europeia, tendo, contudo esses processos e suas posteriores

¹⁸ Vide Tabela 10 dessa monografia.

independências transcorridos tardiamente e mantido maior espectro de suas culturas originárias.

Uma última relação viável é que existem proximidades nos índices de desenvolvimento dentro das regiões – cujas influências já foram destacadas anteriormente. Assim, esse conjunto de parâmetros instigaria uniformidade nesses grupos de nações.

3. AS CORRENTES LEGISLATIVAS

3.1. A CORRENTE TOTALMENTE PERMISSIVA E UMA ANÁLISE DE CASOS: ESPANHA E PORTUGAL

A corrente permissiva está presente em 56 dos países pesquisados (aproximadamente 19% do total), sendo característico principalmente de nações com maior IDH e renda per capita e menores taxas de mortalidade materna.¹⁹ Apesar de possuir pelo menos um representante por continente, sua maior ocorrência se dá na Europa e na América do Norte (74,5 e 66,7% dessas regiões, respectivamente). A Ásia também merece destaque, principalmente aqueles países derivados da dissolução da antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas e o Sudeste Asiático.

Ademais, foi demonstrado que possui incidência diferenciada em Estados com significativa percentagem de população sem credo religioso, estando vigente na maior parte desses países. Quando há predominância de uma religião, contudo, sua maior presença ocorre naquelas nações de maioria budista, enquanto que sua ocorrência possui patamares relativamente similares se comparadas entre si as outras religiões.

No século XX, a vanguarda legislativa concernente à descriminalização da interrupção da gravidez deu-se na Rússia bolchevique, país que liberou o procedimento em 1920. Contudo, o regime stalinista logo retrocedeu o seu posicionamento (segundo TORRES, 2012, p. 40, devido ao elevado número de infanticídios, feminicídios e abortos). Houve também uma experiência durante a República Espanhola em 1936 – terminada com o advento do regime franquista (TORRES, 2012, p.40).

De forma perene, a permissão indiscriminada do aborto somente vingou após a Segunda Guerra Mundial – mais precisamente, o movimento iniciou-se nas décadas de 60 e 70 na Europa Ocidental e nos Estados Unidos. Nesse período, houve a aprovação na Inglaterra (1967, Abortion Act), na Alemanha Ocidental (1974, permitindo nos três

¹⁹ Vide levantamento comparativo e seus resultados descritos no capítulo 2, principalmente o ponto 2.2.

primeiros meses) e na França (1975, Lei Veil). Daí, sua presença alastrou-se pelos países desenvolvidos nas décadas seguintes.

A seguir, serão estudados com maior detalhamento os ordenamentos jurídicos de Espanha e Portugal, nações nas quais é válida legislação abortiva com essência permissiva. A semelhança dos referentes ordenamentos jurídicos em comparação ao brasileiro e a qualidade da bibliografia encontrada sobre o tema em diversos idiomas – como o português, o inglês e o espanhol – motivaram a refinação do estudo de caso aos dois Estados europeus citados.

A legalização ou não do aborto sempre foi um tópico discutido no ordenamento jurídico espanhol. Vanguardista, a Catalunha legalizou o procedimento durante a Guerra Civil Espanhola em 1936 para as primeiras doze semanas de gravidez. No ano seguinte, essa permissão foi estendida para todo o território nacional, sofrendo, contudo, represálias políticas – fato que motivou a revogação da medida pouco tempo depois. A Igreja Católica historicamente foi a principal força contrária do ponto de vista social e político à maior liberação e autodeterminação sexual e familiar, principalmente se comparados a outros países europeus. (MERINO, 2014, p.24)

Novamente o tema entrou em pauta após a aprovação da Ley Orgánica 9/1985²⁰, que delimitou três hipóteses de permissão legal do aborto: sério risco à vida e saúde da mãe, gravidez fruto de estupro e má-formação física ou mental do feto. A lei foi objeto de um “recurso previo de inconstitucionalidade” no Tribunal Constitucional espanhol, que, por meio da Sentença 53/1985²¹, ratificou sua constitucionalidade. No teor da decisão não se considera o nascituro, por si só, titular do direito fundamental à vida, mas sim um bem jurídico o qual abarca um valor fundamental protegido constitucionalmente: a vida humana, garantida pelo artigo 15 da Constituição Espanhola²². Entretanto, esse direito também pode entrar em conflito com outros

²⁰ Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. Disponível em: <<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-14138>>.

²¹ A íntegra da sentença está disponível (em espanhol) em: <<http://hj.tribunalconstitucional.es/ca/Resolucion/Show/433>>

²² “Artículo 15: Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.”

direitos relevantes assegurados constitucionalmente como a vida e a dignidade da mulher, sendo que o último ainda está vinculado com outros direitos como o livre desenvolvimento da personalidade, o direito à integridade física e moral, à liberdade de crença, à honra, à intimidade pessoal e familiar e à própria imagem (ESPANHA, 1985 *apud* DURAN, 2009, p. 18-19).

Duran (2009, p. 19) ainda ensina que houve a declaração de constitucionalidade das hipóteses de permissão, pois a Corte entendeu, após a devida ponderação dos citados princípios, que nos três casos há a violação aos direitos fundamentais da mulher e que a lei pode de modo legítimo e discricionário preferir a sua vida à do feto ao invés de sancionar a conduta.

Contudo, houve uma mudança radical de posicionamento. Motivada pela pressão social, o país legalizou em 2010 o aborto até a 14ª semana de gravidez por consentimento da mulher através de uma das leis mais progressistas da Europa²³. Em seu artigo 13, são apontados como requisitos gerais para o procedimento médico: (i) a sua prática por um médico especialista ou por profissional sob sua responsabilidade; (ii) a sua prática em estabelecimento reconhecido de saúde público ou provado e (iii) o expreso consentimento escrito por parte da gestante ou de seu representante legal, quando necessário:

Artículo 13. Requisitos comunes.

Son requisitos necesarios de la interrupción voluntaria del embarazo:

Primero.– Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección.

Segundo.– Que se lleve a cabo en centro sanitario público o privado acreditado.

Tercero.– Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Podrá prescindirse del consentimiento expreso en el supuesto previsto en el artículo 9.2.b) de la referida Ley.

Cuarto.– En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad.

Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer.

²³ Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Disponível em: < <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-3514>>.

Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo.

Note-se que, em nenhum momento, existe a intervenção de terceiro no processo decisório ou na liberação do atendimento (exceto, é claro, nos casos cuja pessoa possua algum tipo de incapacidade civil, circunstância na qual será imprescindível o consentimento escrito pelo representante) – de modo que a gestante possui de fato a soberania na escolha. Aliás, é tão relevante para o legislador seu árbitro íntimo no tema que as gestantes adolescentes de 16 e 17 anos, ainda menores de idade de acordo com o ordenamento jurídico espanhol²⁴, não carecem de autorização de seus pais ou responsáveis para o aborto. Cabe a eles apenas o direito de serem informados sobre a decisão tomada pela jovem, se porventura essa notícia não possa acarretar em perigo de violência física ou psicológica por parte da família.

Quanto às exigências específicas do aborto a pedido dentro desse período, é demandado que a grávida seja cientificada de seus direitos, benefícios e auxílios públicos de apoio à maternidade e que haja o decurso de pelo menos três dias entre o fornecimento das informações citadas e a realização do procedimento²⁵. Visam essas medidas apresentar às mulheres alternativas à interrupção da gravidez, como a possibilidade de adoção, e dispor de tempo hábil para que ela contemple suas opções. Ainda, impedem que ela faça escolhas precipitadas, sem a devida reflexão pertinente à gravidade de sua conduta, evitando que sua ação seja dirigida por fortes emoções decorrentes de conflitos familiares ou sociais.

Após o tempo de quatorze semanas, é ainda lícita a interrupção por razões médicas nas seguintes hipóteses: risco grave à vida ou saúde da gestante, risco grave

²⁴ A maioria civil e penal na Espanha, assim como ocorre no Brasil, ocorre aos dezoito anos.

²⁵ “Artículo 14. Interrupción del embarazo a petición de la mujer.

Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes:

a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.

b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención”.

ao feto ou anomalias congênitas fetais. Em todos os quadros descritos, faz-se necessário um diagnóstico anterior por médico especialista distinto daquele que irá efetuar ou dirigir o aborto (exceção feita quando há concreto risco de vida à mãe sem a intervenção – nesse caso, o atestado é dispensado)²⁶.

Recentemente, houve uma tentativa do partido conservador espanhol (Partido Popular) – apoiado pela Igreja Católica - de revogar a lei Ley Orgánica 2/2010, restringindo o procedimento apenas em que há grave risco à saúde da mulher e gravidez oriunda de estupro, tornando-se imprescindível a apresentação de alguma dessas justificativas para ter acesso ao procedimento. Além disso, nos casos de adolescentes grávidas, seria indispensável a autorização e o acompanhamento por parte de seus responsáveis. Contudo, devido à forte opinião pública contra a reforma e forte dissidência dentro do próprio partido, o projeto foi abandonado em 2014, com o pedido de demissão do seu criador e Ministro da Justiça na época, Alberto Ruiz-Gallardon²⁷.

Portugal, por outro lado, exilou-se do debate europeu sobre os direitos sexuais e reprodutivos até a década de 80. Brito (2012, p. 1923) alerta que ainda hoje o país não possui um padrão alto de saúde sexual e reprodução, apesar de ter um ordenamento jurídico considerado avançado em padrões mundiais.

²⁶ “Artículo 15. Interrupción por causas médicas.

Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

a) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen.

b) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.

c) Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico”.

²⁷ Nesse sentido, “Rajoy juega a la contrarreforma” (disponível em <https://elpais.com/diario/2012/02/05/espana/1328396412_850215.html>) e “Spain abortion: Rajoy scraps tighter law” (<<http://www.bbc.com/news/world-europe-29322561>>)

Em 1984, houve a aprovação da Lei n.º 6/84, cujo teor altera o artigo 140 do Código Penal a fim de excluir a ilicitude do aborto nos casos de perigo de vida e de lesão grave e duradora, física ou psíquica, da mulher, má formação fetal e estupro:

Artigo 140.º (Exclusão da ilicitude do aborto)
 1 - Não é punível o aborto efectuado por médico, ou sob a sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida quando, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina:
 a) Constitua o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;
 b) Se mostre indicado para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida, e seja realizado nas primeiras 12 semanas de gravidez;
 c) Haja seguros motivos para prever que o nascituro venha a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação, e seja realizado nas primeiras 16 semanas de gravidez;
 d) Haja sérios indícios de que a gravidez resultou de violação da mulher, e seja realizado nas primeiras 12 semanas de gravidez.
 2 - A verificação das circunstâncias que excluem a ilicitude do aborto deve ser certificada em atestado médico, escrito e assinado antes da intervenção por médico diferente daquele por quem, ou sob cuja direcção, o aborto é realizado.
 3 - A verificação da circunstância referida na alínea d) do n.º 1 depende ainda da existência de participação criminal da violação²⁸.

Todavia, para Brito (2012, p. 1924), essa lei foi considerada ineficaz pelo diminuto número de processos criminais de fato ajuizados e pela falta de consenso social sobre a imprescindibilidade da criminalização. Posteriormente, foram aumentados os prazos de exclusão: 24 semanas para casos de doença fetal e 16 para as gestações provenientes de violência (KUAN, 2014, p. 24).

Miranda e Medeiros (2005, *apud* Kuan, 2014) afirmam que a apesar de a Constituição Portuguesa assegurar a tutela jurídica da vida por diversas formas, ela não exige uma criminalização extensiva e completa de todas as condutas que afetem a existência da vida humana. Nesse sentido, Kuan (2014, p. 46-47) aponta que o direito à vida do feto é sobreposto a outras garantias e interesses protegidos constitucionalmente, como seu direito à vida, à saúde, à maternidade consciente, à privacidade e ao livre desenvolvimento da personalidade. Semelhante parecer através

²⁸ Lei n.º 6/84, de 11 de Maio, Exclusão de ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez. Disponível em: <http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=104&tabela=lei_velhas&nversao=1>.

do Acórdão do Tribunal Constitucional n.º. 288/98 revela que há uma ponderação de interesses e conflitos para se admitir a licitude do aborto²⁹.

O primeiro referendo sobre o tema foi em 1998, no qual a população votou se era ou não favorável a legalidade da interrupção na gravidez até 10 semanas. Brito (2012, p. 1983) sustenta que o embate foi polarizado entre o valor da vida intra-uterina e a autodeterminação da mulher e criticou os materiais usados pela divisão pró-vida, pois os considerou “violentos, estigmatizantes e promovedores de culpa” – concluindo que não foi possível um debate claro. Dada a baixa percentagem de comparecimento nas urnas, coube à Assembléia da República (Poder Legislativo Português) discutir sobre a decisão. O órgão considerou inoportuna a descriminalização tendo em vista a “preservação da integridade moral, dignidade social e maternidade consciente”. (ASSEMBLÉIA DA REPÚBLICA, 1998, *apud* COSTA, 2010, p. 214).

Apesar da liberação parcial, os abortos ilegais continuaram a acontecer em Portugal. Kuan (2014, p. 31-32) informa que no ano 2000 estimou-se que de 20 a 40 mil abortos clandestinos ocorreram no país, não incluindo aqui as milhares de mulheres portuguesas que realizaram o procedimento na Espanha. Os partidos de esquerda como o Partido Comunista, Partido Socialista e o Bloco de Esquerda, visando diminuir esses números, apresentaram novos projetos de lei a favor da descriminalização.

Em novo referendo para a descriminalização efetuado em 2007, através do mesmo questionamento, houve uma alteração significativa do resultado com a vitória da posição favorável por 59,25% da população³⁰. Marcante na ocasião foi a mudança no embate pré-referendo que, ao invés de se concentrar nos direitos das mulheres como no anterior, logrou retratar uma “pluralidade de vozes e argumentos”, com a conversão da opinião pública através de julgamentos anteriores de mulheres que realizaram o aborto e apresentação na mídia de fundamentações positivas por parte de profissionais do direito e da saúde. Em resumo, foram indicados três aspectos decisivos para a mudança: o aumento de visibilidade do tema, o favorecimento da legalização por

²⁹A íntegra do Acórdão está disponível em: <<https://dre.tretas.org/dre/92410/acordao-288-98-de-18-de-abril>>.

³⁰Resultado publicado no Diário da República, 1ª série, n.º 43, de 1 de março de 2007 e disponível no endereço: <<https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2007/03/04300/14291429.PDF>>.

autoridades respeitadas e a retórica dos recursos caracterizando o aborto como uma questão de saúde pública. (BRITO, 2012, p. 1923).

A lei aprovada após a consulta pública, atualmente ainda em vigor, acrescentou a alínea “e” ao artigo que trata sobre o aborto: “e) For realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez”³¹. A mulher, portanto, poderá livremente e sem necessidade de justificativa interromper a gravidez até que esta complete dez semanas. Após esse período, precisará haver a incidência de uma das hipóteses descritas pelas alíneas do artigo 142: único meio de salvar a vida ou de grave lesão a mulher, evitar perigo de vida ou lesão a sua saúde física ou mental, grave doença ou formação congênita do feto incuráveis e gravidez de origem criminosa – sendo que cada uma das conjecturas possui seu prazo particular.

Ainda, Costa (2010, p. 215) destaca que a gestante passar por uma consulta obrigatória, durante a qual:

[...] a mulher deve ser informada “sobre o nível de desenvolvimento do embrião”, os métodos utilizados para interromper a gravidez e sobre as possíveis consequências desta ação para a sua saúde física e mental.

Além de cumprir o direito da mulher de possuir todas as informações relativas à sua saúde, a fim de que proceda a escolher conscientemente de acordo com o seu interesse e bem-estar, tal nível de exigência visa desestimular essa medida, transformando-a sempre como uma conduta extrema, visto as consequências gravíssimas que ela enseja. Adicionalmente, também é obrigatório que ela passe por uma consulta de planejamento familiar antes do procedimento, para receber orientações nesse sentido e das alternativas que ela teria além do aborto. Por último, é exigido do governo que forneça à mulher, se esta desejar, atendimento psicológico e de assistência social (COSTA, 2010, p. 214).

Ressalte-se que a equipe médica assim como possui o dever de sigilo, possui o direito à objeção de consciência – isto é, pode negar o procedimento alegando

³¹ Código Penal Português atualizado, Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de Março. Disponível em: <http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=109&tabela=leis&so_miolo=>>.

questões pessoais e de crença. Contudo, se esse for o caso, deverão encaminhar a mulher a outro profissional: nunca o exercício desse direito impedirá seu acesso.

3.2. A CORRENTE TOTALMENTE PROIBITIVA E UMA ANÁLISE CASOS: CHILE E NICARÁGUA

A corrente totalmente restritiva é aquela com a menor aplicação mundial. Como apresentado no item 2.2, apenas seis países (3% dos 192 pesquisados) empregam tal posicionamento: Chile, El Salvador, Malta, Nicarágua, República Dominicana e Sudão do Sul. Percebe-se que possui sua maior incidência na América Latina, com metade dos casos registrados, sendo inexistente na Ásia e na Oceania.

Através do levantamento apresentado no capítulo 2, não foi possível estabelecer ligação entre a corrente proibitiva e os níveis de IDH, renda per capita e mortalidade materna. Contudo, destacou-se o fato de todos os seis países citados possuírem o cristianismo com religião predominante, apesar de existirem semelhanças na porcentagem de incidência das duas outras correntes legislativas.

Interessante notar que houve uma espécie de “retrocesso” dos países latino-americanos, com maior restrição ao procedimento. Em 1997, El Salvador alterou seu ordenamento jurídico – que anteriormente contemplava como excludentes de ilicitude ao aborto o perigo de vida à mãe, a má-formação do feto e a gravidez oriunda de estupro – para a completa proibição. O mesmo aconteceu com a Nicarágua em 2006, que antes ofertava o aborto terapêutico, e com o Chile em 1989, no fim de sua ditadura militar. Destes Estados, apenas o Chile atualmente está próximo de estender as hipóteses de permissão, com projeto de lei hoje no Senado e em processo de aprovação no Tribunal Constitucional.

Malta, por sua vez, é a nação europeia com a legislação mais restritiva ao proibir em qualquer hipótese o procedimento – inclusive existindo a intenção de grupos locais de elevar essa proibição a status de preceito constitucional. O alto grau de misoginia de sua sociedade, que inclui a proibição do divórcio, e a influência maciça da Igreja na vida

pública e privada são fatores apontados pela doutrina como primordiais para tal posicionamento (TORRES, 2012, p. 40).

A seguir serão estudados com maior detalhamento os ordenamentos jurídicos de Chile e Nicarágua, nações nas quais a legislação abortiva é plenamente proibitiva. Os dois países pertencem à América Latina e apresentam similaridades culturais e jurídicas com o Brasil, de modo que são opções interessantes para uma análise mais aprofundada.

O Chile detinha, até a ditadura militar, um papel de destaque no tocante aos direitos reprodutivos. Desde 1931 o aborto terapêutico, visando salvaguardar a vida e a saúde da mulher, era permitido no país e Becerra e Shepard (2007, p. 203-204, 207) apontam que, já em 1964, o país foi o segundo – após Cuba – que estabeleceu um programa público de planejamento familiar devido à alta mortalidade causada por abortos ilegais. Contudo, a legislação foi subitamente alterada nos últimos suspiros da ditadura em 1989 de modo devastador: passou a ser uma das mais restritivas do planeta, sem qualquer exceção para a proibição do aborto. Numerosas recomendações de modificações já foram efetuadas por comitês de direitos humanos, sem resultado até o momento.

No Código Penal chileno, o crime de aborto está disposto nos artigos 342 a 345:

Art. 342 El que maliciosamente causare un aborto será castigado:
 1 Con la pena de presidio mayor en su grado mínimo, si ejerciere violencia en la persona de la mujer embarazada.
 2 Con la de presidio menor en su grado máximo, si, aunque no la ejerza, obrare sin consentimiento de la mujer.
 3 Con la de presidio menor en su grado medio, si la mujer consintiere.

Art. 343 Será castigado con presidio menor en sus grados mínimo a medio, el que con violencias ocasionare un aborto, aun cuando no haya tenido propósito de causarlo, con tal que el estado de embarazo de la mujer sea notorio o le constare al hechor.

Art. 344 La mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será castigada con presidio menor en su grado máximo. Si lo hiciere por ocultar su deshonor, incurrirá en la pena de presidio menor en su grado medio.

Art. 345 El facultativo que, abusando de su oficio, causare el aborto o cooperare a él, incurrirá respectivamente en las penas señaladas en el artículo 342, aumentadas en un grado³²

Há, segundo Jesus (2013, p. 44-45), a vigência do princípio de duplo efeito, o qual rege que somente poderão ser realizados os procedimentos que objetivem salvar a vida da mãe e que não signifiquem o fim da vida do feto.

Além disso, a legislação cria ainda outro impasse entre os profissionais da saúde, visto que a sua ética e sigilo profissionais vão de encontro ao dever legal de notificar as autoridades caso possuam ciência de qualquer crime praticado na área da saúde, incluindo aqui o caso do aborto. Apesar de não haver no Chile um consenso de como solucionar esse conflito, a Corte Interamericana de Direitos Humanos e o Comitê de Direitos Humanos da ONU já declararam que, em situações semelhantes, deve prevalecer o sigilo profissional (LERA et al, [20--], p. 16). A prática também parece ir nesse sentido: em seu estudo, argumentam que 99,5% dos médicos e parteiras entrevistados utilizam esse motivo para justificar a inércia em cientificar os órgãos competentes (BECERRA e SHEPARD, 2007, p. 204).

O direito comparado segue essa linha: a jurisprudência argentina já definiu que não há a obrigação do médico, esteja ele trabalhando no setor público ou privado, de informar o aborto de que se inteirou devido ao seu exercício profissional (LERA et al, [20--], p. 86-87)

Nesse sentido, Lera ([20--], p. 85-86) cita a Resolução A15/1675 de 2009 do Ministério da Saúde chileno, e atenta que apesar da ilegalidade do aborto, não pode a mulher que o praticou ter como condição ao atendimento médico a confissão do crime, visto que violaria o direito fundamental à saúde, bem como a Convenção Contra a Tortura.

Curiosamente, existe um entendimento por parte de alguns médicos e juristas criminais que, apesar de proibidas, as intervenções para salvar a vida da mãe que, indiretamente acarretem no falecimento do feto, podem ser praticados – os chamados

³² CHILE. **Código Penal**. Santiago, 2 de novembro de 1874. Disponível em: < <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1984>>.

abortos indiretos. Por exemplo, no mesmo estudo citado anteriormente, os entrevistados afirmaram que terminariam em todas ou na maior parte das vezes uma gravidez ectópica ou molar e aquelas simultâneas ao aparecimento de tumores malignos (BECERRA e SHEPARD, 2007, p. 205). A decisão de intervir depende da equipe médica e geralmente é adiada até que o risco de vida da mulher seja iminente: quando possível, na prática, os serviços de saúde tendem a adiar o tratamento até a 22ª semana de gravidez para que possam fazer o que legalmente considera-se uma cesárea, e não uma interrupção da gravidez – apesar dos riscos para a saúde materna. Contudo, a conduta motivada apenas a assegurar a saúde mental nunca será permitida em qualquer instância (LATIN AMERICAN AND CARRIBBEAN WOMEN'S HEALTH NETWORK, 2008, p. 36).

Interessante também destacar que o crime de aborto é o primeiro dentro do título sétimo do Código Penal do Chile, intitulado “Crímenes y Delitos contra el Orden de las Familias, contra la Moralidade Publica y Contra la Integridad Sexual” – diferentemente de outros países, como o Brasil, em que está localizado dentre os crimes contra a vida. Tal característica exprime enfaticamente que o interesse do legislador não era, ao tipificar a conduta, proteger o bem jurídico da vida e sim resguardar a família e a moral social – tanto é que o aborto motivado pela proteção à honra caracteriza-se como causa de diminuição de pena, segundo a parte final do artigo 344.

Essa leitura parece ter perdido sua importância com o passar do tempo, visto que hoje a maior discussão é pertinente ao balanceamento dos direitos da mulher e do feto – não encontrando o aspecto moral, no âmbito jurídico, abrigo suficiente para manter a vigência da lei. A mudança na interpretação possui como exemplo a classificação do aborto provocado sem consentimento como crime contra a humanidade por meio da Lei 20.357/2009 (JESUS, 2013, p.8)³³.

Seguem também o raciocínio de salvaguardar a sobrevivência do feto as declarações de inconstitucionalidade por parte da Corte Constitucional chilena aos

³³ “Artículo 5º.- Será castigado con la pena de presidio mayor en cualquiera de sus grados, el que, concurriendo las circunstancias descritas en el artículo 1º:

[...]4º. Constriñere mediante violencia o amenaza a una mujer a practicarse un aborto o a permitir que le sea practicado;”

medicamentos contraceptivos. Em 2001, determinou o cancelamento do registro de Postinal – que possui efeitos abortivos -, alegando a violação do direito à vida³⁴. Já em 2008, declarou inconstitucional a Regulação “Normas Nacionales sobre Regulación de Fertilidad”, cujo teor dispunha sobre contraceptivos emergenciais, e proibiu sua venda e distribuição nas unidades públicas de saúde. Na ocasião, arguiu-se que há para os cidadãos chilenos a proteção da vida desde a concepção e que, na dúvida, será utilizada a interpretação em seu favor³⁵. Essa última sentença possui efeitos *erga omnes*, sendo aplicável indiscriminadamente em todo o país (JESUS, 2013, p.20-21)

Existem diversos movimentos sociais chilenos que atuam com a população visando mudar esse quadro e capacitar os cidadãos para fortalecer sua oposição. Por exemplo, foi confeccionado em 2009 um manual por grupos feministas acerca da utilização de misoprostol (conhecido medicamento de consequências abortivas) para as mulheres que desejam realizar o aborto por si próprias, sem intervenção de terceiros (DROVETTA, 2012, p.124) – substância de uso ilegal, conforme a decisão citada anteriormente. O projeto “Construcción de Redes de Ciudadanas y Ciudadanos y Generación de Condiciones en el Espacio Público para una Discusión Socialmente Validada hacia la Despenalización del Aborto Terapéutico en Chile” ensina argumentos a indivíduos, organizações sociais e agentes públicos para que possam em discussões públicas defender com propriedade o relaxamento da criminalização do aborto. A “Corporación Humanas” criou um fundo visando financiar grupos de mulheres que trabalham a favor da implementação do aborto terapêutico. (LATIN AMERICAN AND CARIBBEAN WOMEN'S HEALTH NETWORK, 2008, p.8).

O crescimento popular e jurídico na defesa da legalização do aborto finalmente parece ter sido efetivos nos últimos anos: em 2014, a presidente Michelle Bachelet ingressou no Congresso com projeto de lei que descriminaliza o aborto terapêutico nos casos de risco de vida da mãe, de gravidez oriunda de estupro e de inviabilidade do feto. Até o encerramento deste estudo, o projeto foi aprovado tanto na Câmara dos

³⁴ Rol n°. 2186-2001: *Philippi Izquierdo c. Laboratorio Chile S.A.*, julgado em 30 de agosto de 2001.

³⁵ Rol n°. 740-07: Requerimiento de inconstitucionalidad deducido en contra de algunas disposiciones de las “Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad”, aprobadas por el Decreto Supremo N° 48, de 2007, del Ministerio de Salud, julgado em 18 de abril de 2008.

Deputados e no Senado e sua constitucionalidade estava pendente de julgamento pelo Tribunal Constitucional³⁶.

No caso da Nicarágua, a interpretação da antiga Lei nº. 165 permitia o aborto nas seguintes hipóteses: risco à vida ou à saúde da gestante e em alguns casos específicos de estupro. Para sua execução, eram imprescindíveis o atestado de sua necessidade por três médicos e a permissão do marido ou de familiar próximo (AMNESTY INTERNACIONAL, 2009, p. 7).

Contudo, as eleições presidenciais de 2006 apresentaram-se como a escusa para modificar esse cenário. De acordo com a Anistia Internacional, o interesse dos candidatos em obter apoio dos grupos cristãos acarretou no avanço pela Assembleia Nacional de uma nova legislação restritiva aprovada em outubro do mesmo ano, e reiterada na reforma do Código Penal de 2009, cujo teor mudou radicalmente o ordenamento jurídico, proibindo totalmente o procedimento:

Art. 143 - Aborto - Quien provoque aborto con el consentimiento de la mujer será sancionado con la pena de uno a tres años de prisión. Si se trata de un profesional médico o sanitario, la pena principal simultáneamente contendrá la pena de inhabilitación especial de dos a cinco años para ejercer la medicina u oficio sanitario. A la mujer que intencionalmente cause su propio aborto o consienta que otra persona se lo practique, se le impondrá pena de uno a dos años de prisión.³⁷

Curiosamente, o aborto está incluso no capítulo “Aborto, Manipulaciones Genéticas y Lesiones al no Nacido”. Isto é, diversamente de outros países, o direito ao nascituro não apenas contempla a proteção de sua vida, mas também sua integridade física e genética, bem como restringe a fecundação in vitro somente para o objetivo de procriação humana³⁸.

Preocupante é o fato alertado pela Anistia Internacional (2009, p.11-12) de que não foi realizado nenhum estudo de impacto sobre essa mudança, nem houve fundamentação em estudos médicos ou de saúde pública. Como justificativa, somente

³⁶ Neste sentido, vide “Polémica em Chile por anuncio de Bachelet sobre aborto terapéutico” e “TC declara admisible requerimiento de Chile Vamos por proyecto de aborto” (disponíveis respectivamente em: <http://www.bbc.com/mundo/ultimas_noticias/2014/05/140521_ultnot_bachelet_aborto_vs.shtml> e <<http://www.latercera.com/noticia/tc-revisa-admisibilidad-requerimiento-chile-proyecto-aborto/>>>).

³⁷ NICARÁGUA. Lei nº. 641/2009. **Código Penal**. Disponível em: <http://www.poderjudicial.gob.ni/arc-pdf/CP_641.pdf>.

³⁸ Vide artigos 146 a 149 do Código Penal da Nicarágua.

foi alegado que a nova lei estaria de acordo com o desejo do povo nicaraguano e que os avanços da Medicina tornariam dispensável o uso do aborto para salvar a vida das gestantes.

Na ocasião, o representante da Comissão Interamericana de Direitos Humanos sustentou que a proibição do aborto terapêutico na Nicarágua violaria os direitos à vida e à integridade física e psíquica da mulher que são garantidos pelo Estado, bem como criaria obstáculos aos profissionais da saúde. (KNOX, 2012, p. 10)

A proibição total, para Knox (2012, p.1-5), viola o princípio da não-discriminação no tocante à vida e saúde e agrava de maneira mais profunda a marginalidade e vulnerabilidade das mulheres. Destaca-se que a restrição ao procedimento não o impede de maneira definitiva: apenas projeta aquelas que o precisam para a ilegalidade – no qual os riscos são mais acentuados, com até 16% de morte maternas derivadas de complicações. Semelhante alerta faz o Latin Carribbenan Women's Health Network (2008, p. 30). O receio gerado pela legislação é tanto que a Anistia Internacional (2009, p.21) aponta que até mulheres que sofrem abortos naturais diversas vezes não procuram a rede de saúde por temerem serem denunciadas por algum membro da equipe médica pelo crime de aborto.

Ressalte-se que quaisquer tratamentos que resultem em lesões ou no falecimento, ainda que não intencional e indireto, do feto estão proibidos em todos os casos³⁹. Mesmo se os médicos atuarem de acordo com os Protocolos Obstétricos vigentes, essa conduta poderá trazer riscos a sua carreira profissional e a sua liberdade, conforme disposto no artigo acima citado, dado que todas as penas possuem consequências adicionais caso o agente seja do ramo da saúde. Inúmeras organizações médicas do país opinaram contra esse posicionamento. Tal restrição significa que, além do aspecto médico, o funcionário da saúde tem que cogitar se a abordagem – ainda que não relacionada de maneira nenhuma ao aborto – pode vir a

³⁹ “Art. 148 - De las lesiones en el que está por nacer - El que, por cualquier medio o procedimiento, causare en el no nacido una lesión o enfermedad que perjudique gravemente su normal desarrollo, o provoque en el mismo una grave y permanente lesión física o psíquica, será castigado con pena de prisión de dos a cinco años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de dos a ocho años.”

ocasionar esses resultados. Ou, alternativamente, deverá manter prontuários adulterados a fim de impossibilitar processos criminais contra si (ANISTIA INTERNACIONAL, 2009, p. 8-10).

Um caso emblemático desse conflito foi o *Amélia* em 2010. Amélia era uma mulher nicaraguana que foi diagnosticada com câncer no decorrer da gestação. Entretanto, foi-lhe negado tratamento pela equipe médica visto que a radioterapia e quimioterapia poderiam acarretar um aborto espontâneo. Para que tivesse acesso, Amélia teve de recorrer a Comissão Interamericana de Direitos Humanos⁴⁰, que requisitou ao Estado da Nicarágua que ela fosse devidamente atendida. (PAUL, 2012, p.28). Knox (2012, p. 11-12) cita que nesse caso a Comissão condenou os efeitos que a negação do aborto pode gerar nos direitos das mulheres concernentes à vida, saúde e integridade física. Ainda, o teórico aponta que houve um retrocesso na concessão do direito à saúde – fato que para o Comitê das Nações Unidas sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais não é permitido.

As restrições também impedem que os médicos e as pacientes tenham uma discussão profunda acerca dos tratamentos a que ela poderá ser submetida caso seja portadora de alguma doença durante o período gestacional: em qualquer circunstância, deverá prosseguir com a gravidez, não importando as potenciais consequências letais da falta ou da parcialidade da terapia (ANISTIA INTERNACIONAL, 2009, p. 20). Somando-se à indisponibilidade de drogas com possível abortivo para a população por serem consideradas ilegais (JESUS, 2013, p. 23) - cabendo o seu acesso apenas pelo mercado-negro -, são simplesmente tomados da mulher o seu direito de informação e de decisão sobre fatores que irão diretamente afetar sua sobrevivência.

Durante a pesquisa, não foram encontradas quaisquer perspectivas de mudança da legislação por parte dos poderes Executivo e Legislativo da Nicarágua. O quadro com as repercussões aqui explanadas certamente persistirá por um tempo indeterminado.

⁴⁰ Precautionary Measure n°. 43-10 da Comissão Interamericana de Direitos Humanos.

3.3. A CORRENTE PERMISSIVA EM CASOS ESPECIAIS E UMA ANÁLISE DE CASOS: EUA E BRASIL

A terceira corrente – permissiva em casos especiais – é a predominante nas legislações nacionais. Conforme já demonstrado no item 2.2 ⁴¹ da monografia, atualmente 67,7% dos países a aplicam, através de diferentes hipóteses como risco de vida ou saúde da mãe, má-formação fetal, gravidez derivada de incesto ou estupro e razões sócio-econômicas.

Por meio do levantamento, averigou-se que a porcentagem de sua ocorrência é indiretamente proporcional aos níveis de IDH, renda per capita e mortalidade materna dentre os países pesquisados. Ainda, se tomarmos como base a religião preponderante, sempre se apresentará majoritariamente, não importante o dogma. Por último, possui maior incidência nos continentes asiático, africano, latinoamericano e na Oceania (essa última, o único caso em que a totalidade dos países segue uma das correntes).

No próximo ponto, serão estudados com maior detalhamento os ordenamentos jurídicos de Estados Unidos e Brasil, países em que está em vigor esse tipo de corrente. Mostra-se interessante analisar o direito estadounidense, visto que possui aspectos distintos dos até aqui examinados (dada a sua valorização jurisprudencial) e fundamenta por meio do direito comparado o posicionamento de outros países. Por outro lado, é óbvia a escolha do Brasil como cenário a ser examinado – além de ser o sistema jurídico nacional, seu contraponto com as legislações internas internacionais acarretará em uma riqueza de panoramas os quais poderão servir de base para futuras modificações.

3.3.1. ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

Os Estados Unidos da América, por sua vez, devem ser considerados um caso particular, dadas as particularidades próprias de seu sistema de Federação. Ao

⁴¹ Vide item 2.2 da monografia.

contrário da maioria dos países estudados, nos quais a iniciativa do legislador foi crucial para a alteração do posicionamento do Estado sobre o tema, houve, nas palavras de Canuto (2013, p.4), um “*ativismo judicial progressista*” (grifo nosso) para garantir o direito em pauta.

A autora expõe que essa peculiaridade garantiu a não intervenção estatal, de modo proibitivo à realização do procedimento. Contudo, visto que não foi reconhecido como direito positivo, não é a ele imposto qualquer obrigação de prestação da viabilização desse serviço através da rede pública de saúde e de seus profissionais – mesmo no caso das mulheres com fragilidade financeira e sem condições de arcar com seus custos.

A primeira jurisprudência relevante é a sentença por parte da Suprema Corte do caso *Roe v. Wade* (1973). Seu teor decretou a inconstitucionalidade de lei aprovada no estado do Texas, que limitava a realização de aborto apenas quando houvesse risco de vida à gestante. Em suma, sustentou-se que tal legislação limitaria o direito à privacidade da mulher, garantido pela 14ª Emenda da Constituição Americana⁴², sem um *compelling state interest* (interesse estatal compulsivo, em tradução livre) que justificasse a promulgação da lei, além de violar o direito ao devido processo legal (UNITED STATES SUPREME COURT, 1973, não p.; DURAN, 2009, p. 49).

A decisão também determinou que só poderia haver intervenção governamental dos Estados após os seis meses de gestação, visto que a partir desse período o feto é titular do direito à vida por ser considerado medicamente viável para a vida ultra-ulterina - ponto no qual inicia-se a interesse do país no desenvolvimento do indivíduo (UNITED STATES SUPREME COURT, 1973, não p.). Assim, de acordo com Costa (2010, p. 211), os juízes didaticamente demonstraram a aplicação do direito à privacidade (*right of personal privacy*) pela divisão do período gestacional em três trimestres: (i) no primeiro trimestre, impera o direito à privacidade da mãe em relação aos direitos do feto, de modo que o aborto tem que ser autorizado sem restrição; (ii) no segundo trimestre,

⁴² Emenda 14, Seção I: “All persons born or naturalized in the United States, and subject to the jurisdiction thereof, are citizens of the United States and of the State wherein they reside. No State shall make or enforce any law which shall abridge the privileges or immunities of citizens of the United States; nor shall any State deprive any person of life, liberty, or property, without due process of law; nor deny to any person within its jurisdiction the equal protection of the laws”.

já existe interesse do Estado, fator que permite restrições acerca do procedimento no tocante a sua forma e (iii) no último trimestre, é relevante preservar a vida em potencial, sendo passível a proibição.

Fundamenta-se ainda no direito fundamental ao controle pessoal da capacidade de procriação e no argumento de que a lei não pode obrigar um cidadão a sacrificar-se em prol de outro (UNITED STATES SUPREME COURT, 1973, não p.).

Do ponto de vista social, Sarmiento (2010 *apud* Canuto, 2013) apresenta como razões trazidas pela jurisprudência as conseqüências negativas para a família despreparada e sem condições de criar a criança, o estigma social em casos de filhos fora do casamento e a angústia e sofrimento físico e mental pela imposição do dever de mãe de modo a afetar o possível futuro que a jovem originalmente poderia usufruir sem o peso que a maternidade lhe impõe.

Em mesmo ano, o caso *Doe v Bolton* estabeleceu que a mãe possuirá o direito de abortar nesse período (mitigando, deste modo, o citado direito a vida do feto) caso seja considerado pelo médico necessário para a saúde física ou mental da gestante, através de “*seu melhor juízo clínico e à luz da idade da paciente e de suas circunstâncias físicas, emocionais, psicológicas e familiares*” (UNITED STATES SUPREME COURT, 1973, não p.). A exclusividade de consentimento apenas da futura mãe, tornando-se dispensável a anuência do pai, foi por sua vez estabelecida em 1976 por *Planned Parenthood of Central Missouri v. Danforth* (UNITED STATES SUPREME COURT, 1976, não p.).

Através do caso de *Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey* (1992), o Judiciário norte-americano reafirmou que o aborto possui relação com o direito à liberdade pessoal da mulher, abrangendo a sua autonomia e integridade pessoal. Foi também considerado que a determinação de pré-requisitos para a interrupção da gravidez, além de ser constitucional, não poderia automaticamente ser cogitada que sua finalidade fosse de colocar barreiras ao direito da mulher (UNITED STATES SUPREME COURT, 1992, não p.).

Em *Stenberg v. Carhart* (2000) houve a anulação de uma lei que delimitava os procedimentos de aborto no segundo trimestre de gestação, por considerar que reprimia o direito da mulher de escolha e de escolher o método para seguro para a sua

saúde. Consta que sua interpretação mais ampla proibiria as técnicas mais comuns nesta etapa de desenvolvimento fetal, de modo a criar obstáculos à realização do procedimento (UNITED STATES SUPREME COURT, 2000, não p.).

No entanto, tal perspectiva não impede a censura de certos procedimentos abortivos. Em 2003 houve a aprovação do “Partial Birth Abortion Ban Act”, que proibia uma técnica específica de interrupção tardia de gravidez denominada como “Partial Birth Abortion” ou, no meio científico, “intact dilation and extraction”. Nas razões oferecidas pelo Congresso, pregou-se que é um método considerado como desumano e grotesco por vários pontos de vista (moral, ético e médico), além de trazer riscos de sequelas a longo prazo e até morte para a mulher (108TH UNITED STATES CONGRESS, 2003, p.223). A constitucionalidade da legislação foi confirmada em 2007 pela Suprema Corte norte-americana na sentença de *Gonzales v. Carhart* (UNITED STATES SUPREME COURT, 2007, não p.).

Por último, relevante é a recente decisão de *Whole Woman's Health v. Hellerstedt* (2016). O alvo da controvérsia foi uma lei do Estado do Texas que criava uma série de restrições e requerimentos para a atuação das clínicas de aborto. Sustentou-se que, na prática, as demasiadas regras estabelecidas reduziram drasticamente o acesso feminino ao procedimento e aos estabelecimentos autorizados – com a sua redução de 42 para 19 unidades em todo o território. A Corte declarou que o Estado não pode impor restrições que não contrabalem com benefícios suficientes que os justifiquem (UNITED STATES SUPREME COURT, 2016, não p.; DENNISTON, 2016, não p.).

3.3.2. BRASIL

Finalmente, a fim de iniciar a análise do ordenamento jurídico brasileiro faz-se uma recapitulação da evolução do direito criminal brasileiro sobre a tipificação do aborto à breve título histórico. O Código Criminal do Império não punia o auto-aborto, apenas condenando aquele realizado com o auxílio de terceiro – sendo o consentimento da

gestante apenas relevante para o aumento da pena⁴³. Bittencourt⁴⁴ (2008, p.162) destaca que também era punido o fornecimento de meios abortivos, mesmo que não houvesse posteriormente a conduta com a finalidade desse tipo penal – configurando-se uma espécie de criminalização dos atos preparatórios⁴⁵. A escolha do legislador em não sancionar o ato praticado pela mulher reflete os costumes e moral da época, visto que a sociedade, apesar da forte presença da Igreja Católica, encarava o procedimento como meio de evitar filiação extraconjugal e manter a honra da mulher grávida solteira. Caso mantivesse o estado gestacional, as consequências seriam graves para mãe e recém-nascido, pois seriam objeto de escárnio e de preconceito social.

O Código Penal de 1890, por sua vez, também passou a tipificar o aborto provocado pela própria gestante, proporcionando uma atenuação de pena em situações de *honoris causa*⁴⁶. Interessante ainda constatar que o resultado – “expulsão do feto”, nos termos da lei – não era exigível, visto que o mero ato embutido do dolo específico de causar a morte já caracterizava o tipo. Em contrapartida, foi criada uma exceção de criminalização ao aborto provocado: quando o profissional da saúde tinha em vista

⁴³ Art. 199. Ocasionar aborto por qualquer meio empregado interior, ou exteriormente com consentimento da mulher pejada.

Penas - de prisão com trabalho por um a cinco annos.

Se este crime fôr commettido sem consentimento da mulher pejada.

Penas - dobradas.

⁴⁴ BITTENCOURT, Cezar Roberto. Tratado de Direito Penal – Parte Especial 2 – Dos crimes contra a pessoa. 8ª ed. rev. atual. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 162.

⁴⁵ Art. 200. Fornecer com conhecimento de causa drogas, ou quaesquer meios para produzir o aborto, ainda que este se não verifique.

Penas - de prisão com trabalho por dous a seis annos.

Se este crime fôr commettido por medico, boticario, cirurgião, ou praticante de taes artes.

Penas - dobradas.

⁴⁶ Art. 300. Provocar abôrto, haja ou não a expulsão do fructo da concepção:

No primeiro caso: - pena de prisão celllular por dous a seis annos.

No segundo caso: - pena de prisão celllular por seis mezes a um anno.

§ 1º Si em consequencia do abôrto, ou dos meios empregados para provocal-o, seguir-se a morte da mulher:

Pena - de prisão celllular de seis a vinte e quatro annos.

§ 2º Si o abôrto for provocado por medico, ou parteira legalmente habilitada para o exercicio da medicina:

Pena - a mesma precedentemente estabelecida, e a de privação do exercicio da profissão por tempo igual ao da condemnação.

Art. 301. Provocar abôrto com annuencia e accordo da gestante:

Pena - de prissão celllular por um a cinco annos.

Paragrapho unico. Em igual pena incorrerá a gestante que conseguir abortar voluntariamente, empregado para esse fim os meios; e com redução da terça parte, si o crime for commettido para occultar a deshonra propria.

salvar a vida da parturiente. Aqui, só seria condenável caso ele agisse com culpa e da operação resultasse a morte da mãe⁴⁷, e inclusive utilizando semelhante sanção a dos crimes de infanticídio e homicídio simples (o que representa que a vida do feto era bem jurídico com tutela similar à do indivíduo já nascido).

O atual Código Penal, cuja vigência teve início em 1940, estabelece três tipos de aborto: provocado, sofrido e consentido – dispostos entre os artigos 124 a 126:

Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque:

Pena - detenção, de um a três anos.

Aborto provocado por terceiro

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou debil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência

Segundo a Cartilha explanativa do Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (2012, p. 22-28), não é necessário o registro ou apresentação de boletim de ocorrência ou laudo do IML atestando a violência sexual – o acesso não é condicionado a esses documentos, devendo ser prioritário. Somente é indispensável a apresentação de termo de consentimento escrito pela mulher, que deverá ser anexado ao prontuário médico.

Fernandes (1984, p.132), contudo, destaca que é rara a condenação pelo tipo criminal do aborto pois o Júri deixa de analisar o delito em si e pondera as condições concretas do caso, concluindo na sentença pela absolvição. Quanto aos terceiros envolvidos, os médicos possuem índices mínimos de condenação – principalmente por conseguirem mascarar a ocorrência do aborto ou por possuírem acesso a uma defesa técnica de qualidade devido ao seu alto nível financeiro. Somente, para ele, em situações nas quais há uma prática reiterada ou grande número de evidências

⁴⁷ Art. 302. Si o medico, ou parteira, praticando o abôrto legal, ou abôrto necessario, para salvar a gestante de morte inevitavel, occasionar-lhe a morte por impericia ou negligencia:

Pena - de prisão celllular por dous mezes a dous annos, e privação do exercicio da profisção por igual tempo ao da condemnação.

irrefutáveis é que esse quadro será alterado. Já a outros terceiros, como a parteira, que não dispõe dessas condições favoráveis, é lhes aplicada a pena criminal visando, pelos jurados, coibir sua atividade tanto através da própria sanção quanto pela propaganda negativa que o julgamento certamente resultará.

O aborto, segundo a doutrina majoritária, aqui representada por Moraes (2008, p. 55), deveria ser encarado como um tema de saúde pública e a saúde, direito social garantido constitucionalmente ligado diretamente ao princípio da dignidade da pessoa humana, precisando ser fornecido por meio de ações positivas (atuação direta) e negativas (abstinência de condutas que possam vir limitar esse direito). A divulgação dos serviços de aborto legal é de competência dos órgãos públicos como o Ministério da Saúde, o SUS, as redes estaduais e municipais de saúde, bem como as organizações públicas e não governamentais de direitos das mulheres. Além disso, sua realização está devidamente regulamentada, como ocorre com a gravidez oriunda de estupro – cujo processo está contido na norma técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, promulgada em 1999 (MADEIRO e DINIZ, 2016, p. 564).

Contudo, apesar de existirem essas hipóteses garantidas por lei, ainda são deficitários o acesso e a implantação da oferta desse serviço pela rede de saúde nacional, principalmente a pública. Soares (2003, *apud* Farias e Cavalcanti, 2012) aponta como fatores principais para essa carência o desconhecimento das exclusões legais de ilicitude pela equipe de saúde, o receio de represálias judiciais e sociais e a influência de seus valores ético-religiosos. A pesquisa de Farias e Cavalcanti (2012, p. 1759) averiguou que o tema não é discutido em nível de graduação ou pós-graduação (inclusive aquelas relacionadas à obstetria), concebendo uma necessidade latente de treinamentos e cursos voltados para esse fim, que inclusive deem enfoque a abordagem mais humana desse serviço.

Em levantamento efetuado por Madeiro e Diniz (2016), constatou-se a indentificação de apenas 68 instituições de saúde em todo o Brasil que eram recomendadas pelo Ministério da Saúde para o procedimento do aborto. Entretanto, a realidade constatada foi assustadora: apenas 37 de fato forneciam o serviço, havendo

sete Estados federativos sem qualquer atendimento, e 95% não disponham de equipe específica, sendo os casos atendidos pelos plantonistas da ocasião.

Arilha (2012, p. 1786-1787) sustenta como solução que são fabricados internacionalmente diversos medicamentos como o misoprostol que acarretam em abortos seguros e sem maiores riscos para as mulheres com a devida orientação médica. Contudo, são muitas vezes adquiridos na clandestinidade em países como o Brasil e por falta de informação, são utilizados erroneamente – podendo trazer consequências devastadoras. Ainda, para Diniz e Madeiro (2012 1798-1800) a necessidade da compra ilegal coloca essas mulheres em contato direto com o tráfico de drogas, criando riscos para a sua integridade física e fortalecendo o poder do tráfico.

Ora, é facilmente perceptível que as mudanças sociais ocorridas desde o momento de promulgação do Código Penal ensejariam a imprescindibilidade de mudança no ordenamento para adequá-lo à sociedade que corresponde. Contudo, a morosidade do legislador em acompanhar a rápida transformação social significou que a população teve de recorrer à outra esfera do Estado - e, para esse fim o Poder Judiciário foi convocado.

Destaca-se no quadro apresentado a decisão da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº. 54, que versou sobre o direito ao aborto de feto anencefálico, cuja ementa encontra-se a seguir:

FETO ANENCÉFALO – INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ – MULHER – LIBERDADE SEXUAL E REPRODUTIVA – SAÚDE – DIGNIDADE – AUTODETERMINAÇÃO – DIREITOS FUNDAMENTAIS – CRIME – INEXISTÊNCIA. Mostra-se inconstitucional interpretação de a interrupção da gravidez de feto anencefalo ser conduta tipificada nos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal (BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental no. 54. Relator: Ministro Marco Aurélio Mendes de Farias Mello. Brasília, 12 abril 2012.).

Caracteriza a anencefalia a má-formação neurológica da criança, estando ausentes seu encéfalo e caixa craniana. O diagnóstico é literalmente uma sentença de morte: sua expectativa de vida é de, no máximo, alguns dias após o nascimento, por não ter mínimas condições de sobreviver no ambiente ultra-ulterino.

Em seu voto, o relator, Ministro Marco Aurélio Mendes de Faria Mello, sustentou que esse caso específico não se enquadraria como uma espécie de aborto, visto que há impossibilidade de vida uterina – enquanto que no tipo criminal citado existe essa expectativa, contudo é por livre escolha materna que ela não se configurará. De modo extremo, classifica o aborto de feto anencefálico até como impossível dada a inexistência de vida cerebral. Assim, habilmente evita-se a discussão no tocante ao procedimento e não é criada qualquer abertura para que, futuramente, ações similares venham a exigir o mesmo direito para casos que comportem alguma semelhança fática - porém que não estejam de um ponto de vista médico conformados como anencefalia⁴⁸.

Argumentou que seria atentatório à dignidade da mulher e ao seu direito à saúde (tanto física quanto psíquica) a obrigatoriedade de manter o estado gestacional. Ao mesmo tempo que o ordenamento jurídico protege o nascituro⁴⁹, ao feto anencefálico não caberiam esses direitos, visto que estão condicionados à possibilidade de nascimento com vida. Assim, não se aplicam os direitos das crianças e adolescentes⁵⁰ pois nunca se tornarão os sujeitos descritos. Equivalente raciocínio corresponde aos direitos dos portadores de necessidades especiais, visto que a anencefalia não é uma deficiência mas uma doença que impede taxativamente a vida - fundamento pelo qual esse tipo de aborto também não pode ser considerado uma eugenia. Assim, ressalta que o conflito de direitos fundamentais, ao contrário do que possa parecer a priori, é apenas aparente pois o bebê não seria titular do direito à vida⁵¹.

A Ministra Rosa Weber, por sua vez, defende que é possível a contraposição dos princípios, estando o direito de vida do feto em oposição ao direito à dignidade, à saúde e à liberdade da mulher. Dito isso, será necessária a aplicação da proporcionalidade na aplicação dos princípios através de critério argumentativo, visto que os princípios são normas de otimização de conduta e não podem ser encarados como critérios absolutos.

⁴⁸ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54. Voto do relator Ministro Marco Aurélio de Mello, p. 2-20.

⁴⁹ Além do direito à vida previsto constitucionalmente, o nascituro também está protegido pela legislação infraconstitucional. Particularmente, relevante é o artigo 2º do Código Civil: “Art. 2º A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro”.

⁵⁰ Principalmente, poderia ser feita relação com o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990).

⁵¹ *Idem*, p. 20.

No caso concreto discutido, ponderou que, para proteger a mulher, o procedimento em questão seria o menos gravoso⁵².

Ainda, destacou que a permissão seria adequada no tocante aos tratados assinados e ratificados pelo Estado brasileiro. Kruez (2016, p. 190-191) nesse teor aponta a pertinência da Declaração de Pequim⁵³, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher⁵⁴, do Pacto de San José da Costa Rica⁵⁵ e da Convenção de Belém do Pará⁵⁶.

O Ministro Celso de Melo defendeu a imprescindibilidade do direito de escolha da gestante, uma vez que cabe à sua consciência e sentimento íntimo, balancear seus valores e emoções de forma a avaliar se lhe é interessante continuar a gravidez não obstante o seu certo resultado desalentador e os riscos à sua saúde. Não se insere, dessa maneira, no âmbito de competência do Estado arbitrar sobre tal questão de foro íntimo⁵⁷. O Ministro Luiz Fux, por sua vez, entende esse tipo de intervenção como uma espécie de necessidade justificante e a Ministra Cármen Lúcia conceitua como inexigibilidade de conduta diversa da gestante e da equipe médica, havendo ausência de reprovabilidade e de censurabilidade por parte da sociedade do comportamento⁵⁸. Por último, o Ministro Gilmar Mendes votou que a salvaguarda do direito à vida do feto, nesse caso, não encontraria conformidade ao princípio da proporcionalidade: contraposto estaria o direito à vida de um indivíduo sem perspectivas de sobrevivência

⁵² BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54. Voto da Ministra Rosa Maria Weber Candiota da Rosa, p. 36-44.

⁵³ A Declaração de Pequim, criada durante a IV Conferência Mundial sobre a Mulher: Igualdade, Desenvolvimento e Paz, em 15 de setembro de 1995, visa promulgar ações e princípios para propagar igualdade de gênero.

⁵⁴ Aprovado em 1979 pela Assembleia das Nações Unidas. Destaque ao artigo 2, que condena qualquer forma de discriminação às mulheres devendo ter ela igualdade de tratamento em relação ao homem, e ao artigo 12, que objetiva eliminar a discriminação de gênero no âmbito dos cuidados médico – incluindo no planejamento familiar e gravidez.

⁵⁵ Assinada em 22 de novembro de 1969. Destaque ao artigo 5, inciso 2, inserido no direito à integridade pessoal: "Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada da liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano".

⁵⁶ Assinado em 9 de junho de 1994. Assegura à mulher seu direito, dentre outros, à vida, à integridade física, mental e moral, à liberdade e à dignidade.

⁵⁷ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54. Voto do Ministro Marco Aurélio Mendes de Farias Mello, p. 35-37.

⁵⁸ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54. Voto do Ministro Luiz Fux, p. 12. Voto da Ministra Rosa Maria Weber Candiota da Rosa, p.44-47.

no período pós-parto aos direitos da mulher, já inserida em contexto social, tocantes a sua saúde e integridade, além do desprezo às suas garantias pertinentes à sua liberdade sexual e reprodutiva⁵⁹.

KREUZ (2016, p. 205-207) defende em sua dissertação que, apesar de serem mencionados raciocínios de viés religioso - como uma discussão filosófica do início da vida⁶⁰ -, a atuação governamental, dada a laicidade do Estado brasileiro, não pode ser delimitada por dogmas particulares, mesmo que esses (como o cristão) influenciem a maior parte da população nacional. A esse respeito, Barroso discorreu em outra ocasião que entidades religiosas possuem linhas de pensamento que merecem ser consideradas, mas que encontram-se (conjuntamente com a ciência), em planos diferentes em relação ao Estado e assim devem ser mantidos (BARROSO, 2014, *apud* KREUZ, 2016). A semelhante posicionamento recorreu a Ministra Rosa Weber na Ação de Constitucionalidade nº 3510 (sobre a utilização de células-tronco embrionárias em pesquisas científicas) – afirmando, inclusive, que o conceito de vida a ser empregado pelo Poder Judiciário deve estar fundamentado em termos jurídicos e não científicos ou religiosos⁶¹.

O voto vencido do Ministro Cezar Peluso caracterizou o feto como titular de direitos e o caso concreto como uma eugenia, de modo que o procedimento seria criminoso, considerando que seu direito à vida não poderia ser afastado baseando-se simplesmente na autonomia da vontade ou nos direitos levantados pela gestante. Ainda, ressalta que, apesar do Código Penal ter entrado em vigor em 1940, a legislação sofreu uma reforma recente e que não foram alteradas as exceções presentes no artigo 128, nem tampouco aprovado no Poder Legislativo projeto de lei nesse sentido. Assim, não houve interesse dos representantes do povo em modificar as hipóteses de permissão⁶².

⁵⁹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54. Voto do Ministro Gilmar Ferreira Mendes, p. 24-25.

⁶⁰ Vide, por exemplo, o voto do Ministro Relator Marco Aurélio Mendes de Farias Mello, p. 36 e seguintes.

⁶¹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 3510. Relator: Ministro Carlos Ayres Britto. Voto da Ministra Cármen Lúcia Antunes Rocha, p. 2.

⁶² BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54. Voto do Ministro Antonio Cezar Peluso, p. 36-39.

Há atualmente no Congresso Nacional projetos de lei tanto visando o abrandamento quanto a intensificação da criminalização do aborto. Contudo, devido a grave crise institucional e econômica que assola o país, não se vislumbra no momento em curto prazo a tendência de alteração da legislação no tocante a esse tema.

4. TENDÊNCIAS MUNDIAIS

4.1. ONU E ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS

Os pareceres e posicionamentos de diversas divisões da ONU no viés pró-aborto têm instigado uma mudança em nível internacional e interno acerca das políticas públicas e legislações, apesar dos instrumentos da organização internacional apenas possuírem caráter de *soft law*.

De fato, Zorzi (2015, p. 409-412; 417) sustenta de modo contundente que a ONU desenvolveu um sistema propício a pressionar os Estados para adotarem legislações mais brandas e que sua defesa intransigente pelo aborto contribui para as suas transformações, apesar do autor considerar que a vida do feto está protegida pela lei internacional. Dentre os instrumentos empregados, destaca as recomendações e documentos confeccionados pelo Conselho de Direitos Humanos e pelos diversos órgãos e comitês de direitos humanos existentes em sua estrutura como Fundo de População das Nações Unidas, ONU Mulheres e a Organização Mundial da Saúde. Apesar de não possuírem caráter obrigatório, esses mecanismos instigam as atuações estatais: em Burkina Faso e Luxemburgo, por exemplo, após recomendações por esses órgãos, em 2000 e 2002, respectivamente, houve modificações no tema de modo a ampliar as hipóteses de legalidade.

A primeira menção do aborto como integrante da agenda da ONU no Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994. Apesar de o texto propositalmente deixar brechas a fim de que os Estados ajam de modo discricionário e de afirmar que o aborto não deve ser utilizado como meio de planejamento familiar, é destacado pela doutrina que o documento influenciou a modificação de legislações mundo a fora: desde sua adoção, mais de trinta Estados modificaram suas normativas e/ou políticas públicas de modo a facilitar o acesso ao procedimento, enquanto que apenas onze caminharam em sentido contrário (ZORZI, 2015, p.412-414).

A Conferência de Pequim no ano seguinte (IV Conferência Mundial sobre a Mulher: Igualdade, Desenvolvimento e Paz) também é manuseada objetivando assegurar esse direito, pois em sua essência visa assegurar equidade de tratamento de homens e mulheres em todas as esferas da vida pública. Como o aborto é uma questão particular do sexo feminino, o impedimento de seu acesso pode ser encarado como uma espécie de discriminação de gênero. Colabora a essa leitura o fato de que as legislações e políticas públicas são, em sua grande maioria, ponderadas e criadas em um universo masculino – de modo que o grupo afetado pela sua prática encontra sua voz reprimida.

Ambas as conferências, aliás, são citadas por institutos de bioética brasileiros como fundamentais na defesa dos direitos das mulheres no tocante à interrupção da gravidez, nos casos previstos na lei nacional, e garantidores do acesso a políticas de saúde pública nesse sentido – vide o Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (2012, p. 13).

A Organização Mundial da Saúde publicou o guia “Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde”, em cujo teor defende que o aborto, no caso de salvaguardar sua saúde e de gravidez originária de atos violentos, como o estupro, é uma questão de direitos humanos e de dignidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013, p.87-104). Sua posição torna-se explícita quando elogia aqueles que condicionaram o procedimento apenas à escolha da mulher e ao seu pedido e desaprova a demarcação de limites temporais para sua consumação. A ONU Mulheres cita o “direito de escolha” e a imprescindibilidade de seu acesso às camadas mais pobres da sociedade (ZORZI, 2015, p. 415).

A Anistia Internacional, por sua vez, defende uma posição mais extrema e é contra qualquer lei que sancione mulheres que busquem informações ou pratiquem abortos, assim como a aqueles que as auxiliem ou esclareçam. Também sustenta a imprescindibilidade do acesso público de qualidade ao procedimento daquelas gravidez originárias de estupro e incesto, bem como nos casos em que a sua continuação possa significar um perigo à sua vida ou grave risco à sua saúde. Por último, defende que deve ter acesso a atendimento médico a mulher que sofra de complicações por causa

dessa conduta, não importando se ela é ou não tipificada criminalmente no ordenamento jurídico pátrio (AMNESTY INTERNACIONAL, 2009, p. 5).

Na contramão das visões apresentadas, Tozzi (2010, p. 1-5) enfaticamente discorda com a noção de que instrumentos normativos internacionais de direitos humanos regem o direito ao aborto. Para o autor, ele somente existe de modo implícito se efetuada uma leitura dos tratados a partir das diretrizes tomadas pelos comitês da ONU – sem, contudo, estar expressamente exposto em qualquer um desses documentos exceto o Maputo Protocol. Ainda alega que as Convenções do Cairo e de Pequim (anteriormente mencionadas) apenas oferecem uma abertura aos países que já possuíam em seus ordenamentos jurídicos pátrios a permissão do procedimento, sem, contudo, limitar a soberania dos outros Estados que, por motivações internas, possuem uma posição governamental contrária à conduta. Enfatiza que a ratificação desses tratados não significou que os países concordaram, de maneira alguma, a alterar suas legislações nacionais sobre o tema.

Contudo, os Comitês de Direitos Humanos das Nações Unidas pressionam a alteração de posicionamento de Constituições e legislações infraconstitucionais exigindo suas adequações a esse direito ao aborto que alegam existir, vinculando um caráter obrigatório inadequado a esses documentos. Como exemplo, as observações concluídas em relação ao Chile, El Salvador e Polônia exigiam ou modificações ao ordenamento ou sua devida aplicação no caso concreto e nas políticas públicas nacionais (TOZZI, 2010, p. 12-14).

Tozzi (2010, p. 6-7) baseia-se de mesmo modo nos textos de outros tratados a fim de declarar que o direito à vida encontra-se protegido desde a concepção: na Declaração Universal dos Direitos Humanos, por exemplo, ao citar a “proteção à vida de todos os seres humanos”⁶³, não faria distinção entre nascidos e não nascidos. Ao impedir a sentença de morte em mulheres grávidas, a Declaração mais uma vez reconhece o valor da vida do feto inocente – visto que somente a mulher não seria suficiente para estagnar a aplicação da sentença capital⁶⁴. Já na Convenção

⁶³ Artigos 3 e 6.1 da Declaração.

⁶⁴ Artigo 6.5 da Declaração.

Internacional dos Direitos da Criança, o sujeito titular de direitos desse tratado é apenas definido como o indivíduo menor de dezoito anos, sem limite temporal inicial: assim, deverá ser feita, para o teórico, a interpretação extensiva e considerar que a Convenção reconhece o feto como protegido.

Também existem casos apontados pela doutrina em que as Cortes Supremas fundamentaram suas sentenças em tratados e no posicionamento de demais países e organizações. No Nepal, em *Dhikta v. Nepal*, a decisão citou que o acesso ao aborto está assegurado como direitos das mulheres por meio de tratados internacionais, bem como mencionou julgados das Cortes da Áustria e Estados Unidos da América a fim de veicular a ideia de que o feto não deve ser encarado como uma pessoa no aspecto jurídico. Em conclusão, dispôs que o governo deveria abrandar a lei sobre o aborto, bem como aumentar o seu acesso e financiar o procedimento aquelas que não possuem condições financeiras de quitá-lo (NEPAL, 2009 *apud* ZORZI, 2015). Já na Bélgica, a dispensa do consentimento do marido para a interrupção da gravidez, determinada pela Corte Belga de Arbitragem em 1991, baseou-se no artigo 23 do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos⁶⁵ (BÉLGICA, 1991 *apud* ZORZI, 2015). O Chade expandiu as hipóteses de aborto citando que tal alteração veio como resposta às observações do Comitê dos Direitos da Criança. (CHADE, 2002 *apud* ZORZI, 2015).

A Corte Constitucional da Bolívia, em 2014, retirou o requisito de autorização judicial para o aborto embasando-se nas recomendações feitas pelo Conselho de Direitos Humanos, pelo Comitê contra a Tortura e na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (BOLÍVIA, 2014, p.46-49). A Colômbia legalizou o procedimento em 2006 nos casos de risco à vida ou saúde da mulher, doença congênita letal e gravidez oriunda de conduta violenta (estupro, incesto

⁶⁵ “Artigo 23

1. A família é o elemento natural e fundamental da sociedade e tem direito à protecção da sociedade e do Estado.
2. Reconhece-se o direito do homem e da mulher de contrair matrimónio e constituir família, a partir da idade núbil.
3. O casamento não pode celebrar-se sem o livre e pleno consentimento dos futuros cônjuges.
4. Os Estados-Signatários no presente Pacto tomarão as medidas adequadas para assegurar a igualdade de direitos e de responsabilidades de ambos os cônjuges quanto ao casamento, durante o casamento e em caso de dissolução. No caso de dissolução, serão adoptadas disposições que assegurem a protecção necessária aos filhos. ”

ou inseminação artificial forçada) – antes do qual era terminantemente proibido – e em sua argumentação aludiu a observações do Conselho de Direitos Humanos em seus variados órgãos (COLOMBIA, 2006, não p. ; ZORZI, 2015, p. 420).

Por último, a Corte Suprema da Argentina estendeu a possibilidade de aborto a todos os casos de estupro, alternativa antes oferecida apenas a mulheres com comprometimento mental. A decisão menciona a “responsabilidade do país ao sistema legal internacional visto que os comitês internacionais teriam censurado várias nações acerca das leis restritivas sobre o tema”, aludindo particularmente às críticas sofridas pelo país por parte do Comitê no caso *LMR v. Argentina*, no qual foi censurada a indisponibilidade do tratamento a uma mulher deficiente mental grávida a partir de estupro – mesmo após decisão judicial, nenhum hospital aceitou realizar o procedimento, forçando a cidadã a realizar um aborto ilegal (ARGENTINA, 2012, não p.; ZORZI, 2015, p. 424-426).

4.2. CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS

Há discussões doutrinárias e jurisprudenciais no tocante ao posicionamento da Corte Interamericana de Direitos Humanos sobre o aborto, principalmente se considerados os tratados internacionais firmados no continente americano.

A vertente proibicionista alega que o artigo 4.1 da Convenção Americana de Direitos Humanos⁶⁶ sustentaria a proibição total do aborto, visto que protege a vida humana “*desde o momento da concepção*”. Contudo, a própria literalidade do artigo enseja possibilidade de contra argumentação por parte da corrente permissiva, pois o direito deverá ser protegido “*em geral*” a partir da concepção– viabilizando a ocorrência de exceções.

Paul (2012, p. 10-11) argumenta que vários países americanos como Chile, El Salvador e Nicarágua empregam o amparo do direito à vida presente no artigo 4.1 da Convenção Americana de Direitos Humanos de forma irrestrita a fim de justificar suas

⁶⁶ “Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente.”

legislações proibitivas ou altamente restritivas quanto ao aborto. Inclusive, o autor ressalta que enquanto esses países assinaram a Convenção, outros com ordenamentos mais permissivos como Estados Unidos, Canadá e Cuba não o fizeram – fator que fundamentaria a leitura mais protetiva.

Também nesse viés, o Tribunal Constitucional do Chile aplicou o princípio *pro homine* (Convenção deve ser interpretada em favor do indivíduo, que é o titular de sua proteção, desde que não contrarie o sistema) já defendido pela Corte Interamericana para justificar a ilegalidade de distribuição da pílula do dia seguinte. Pleiteou-se que, como não há consenso sobre o momento originário da vida, a intervenção por esse medicamento poderia ensejar na perda de vida de um ser humano, mesmo que ainda em estado de desenvolvimento. Desse modo, o uso desse princípio fundaria a vedação de uma substância que possui como principal finalidade a morte do feto (CHILE, 2008, não p.; PAUL, 2012, p. 20-21)

O caso *Artavia Murillo e outros v Costa Rica* (com sentença datada de 28 de novembro de 2012) é o julgamento principal no tocante aos direitos do nascituro e é o precedente utilizado na doutrina e jurisprudência no tema do aborto, apesar de seu caso concreto estar atrelado à fecundação in vitro. Para decidir se o embrião congelado possuiria direito à vida, foram analisados profundamente os tratados e convenções americanas vigentes. Quanto à Declaração Americana dos Direitos do Homem, tanto sua leitura quanto os trabalhos preparatórios para a aprovação do artigo de proteção ao direito à vida⁶⁷ não ofereceram conclusão à sua aplicação ao feto. Somente foi destacado que, na época de sua aprovação, vários países (incluindo o Brasil) já incluíam exceções à penalização do aborto (COSTA RICA, 2012, p. 63).

Diferente foi o caso da Convenção Americana sobre Direitos Humanos. Em seu projeto original, o artigo pertinente ao direito à vida possuía a redação a seguir:

Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. O direito à vida é inerente à pessoa humana. Este direito estará protegido pela lei a partir do momento da concepção. Ninguém poderá ser privado da vida arbitrariamente. (grifo nosso).

⁶⁷“Artigo I: Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança de sua pessoa.”

Portanto, não possuía a expressão “em geral” com a qual foi aprovada, fornecendo um caráter absoluto ao direito a vida do nascituro. Também devido ao fato de já existirem legislações que permitiam o aborto, houve a revisão do artigo com a inclusão da citada expressão. Houve, contudo, propostas de emendas por parte da República Dominicana e do Brasil (apoiado pelos Estados Unidos) para uma redação menos vaga e propensa a aceitação de hipóteses do aborto, bem como emendas por Equador e Venezuela defendendo o caráter absoluto da vida. Entretanto, nenhuma dessas alterações foi aceita e permaneceu o texto com a sentença “em geral”, presente no atual artigo 4.1(COSTA RICA, 2012, 63-67)

A esse respeito, a sentença citou o caso *Baby Boy v. Estados Unidos da América*, em cujo teor interpretou a Convenção Americana no sentido que a proteção do direito à vida não ser absoluto. Os peticionários visavam declarar duas sentenças que legalizavam o aborto antes da considerada viabilidade fetal como violadoras do artigo I da Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem. Na ocasião, contra o argumento que esse artigo defenderia esse direito desde a concepção, a Corte citou a Nona Conferência Internacional Americana que, ao discutir sobre o assunto, “decidiu não adotar uma redação que houvesse claramente estabelecido esse princípio”. (COSTA RICA, 2012, p. 67-68)

Contudo, foi parecer da Corte que a interpretação histórica quanto na sistemática dos antecedentes e do texto expresso de ambos os documentos (Declaração e Convenção) que o status de pessoa utilizado nesses instrumentos apenas contemplaria os indivíduos já nascidos, visto que os nascituros não possuiriam viabilidade de exercer os direitos por eles assegurados. A proteção do feto nesses documentos, para o Tribunal, dá-se através da proteção da mulher, citando como exemplo os artigos 15.3 a) do Protocolo de San Salvador⁶⁸ e o artigo VII da Declaração Americana⁶⁹.

Em conclusão, a Corte Interamericana sentenciou, baseada em sua análise, que o direito à vida não é um direito absoluto, de modo a negar totalmente a incidência de

⁶⁸“15. 3. Os Estados Partes comprometem-se, mediante este Protocolo, a proporcionar adequada proteção ao grupo familiar e, especialmente, a:

a. Dispensar atenção e assistência especiais à mãe, por um período razoável, antes e depois do parto;”

⁶⁹ “Artigo VII. Toda mulher em estado de gravidez ou em época de lactação, assim como toda criança, têm direito à proteção, cuidados e auxílios especiais.”

outros direitos. O Estado não pode impor restrições desproporcionais alegando a proteção desse direito, pois tal conduta iria contra a tutela dos direitos humanos. (COSTA RICA, 2012, p.81)

Por último, quanto à soberania dos Estados em relação ao tema, há um julgamento apontado pela doutrina como emblemático. Em *Karen Noelia Llontoy Huamán x Peru*, o Comitê exigiu a concretização do acesso ao procedimento. Contudo, o caso concreto ali analisado abrangia um feto anencéfalo, circunstância que não ensejaria a possibilidade de interrupção da gravidez visto que no Peru as hipóteses em que a conduta é permitida são o risco à vida ou à saúde da mãe. Assim, ela recorreu à Corte Interamericana a fim de obter permissão para o aborto. Apesar de um médico recomendar a medida, o hospital público proibiu, dado que a gravidez já estava em estágio avançado e não correspondia a uma excludente permitida. Mesmo com a decisão, não foi disponibilizado o aborto à gestante, que deu a luz ao seu filho que morreu quatro dias após o nascimento (PERU, 2005 *apud* TOZZI, 2010, p. 15)

4.3. CORTE EUROPÉIA DE DIREITOS HUMANOS

Quanto ao Tribunal Europeu de Direitos Humanos, percebe-se que essa instituição evita firmar categoricamente um posicionamento jurídico acerca do início da vida aos Estados, proporcionando conseqüentemente aberturas para que estes disponham sobre a liberdade abortiva.

Primeiramente, em *Vo v. França* (2004), concernente ao caso concreto de um aborto oriundo de um erro médico grosseiro, reconheceu-se o feto como bem jurídico protegido pelo direito. Contudo, a Corte ponderou que existe uma diferença de valor jurídico de sua proteção associada à fase de desenvolvimento do feto (CORTE EUROPÉIA DE DIREITOS HUMANOS, 2004, não p.; KUAN, 2014, p. 44). Desse modo, caberia maior proteção àquele feto que já possui maior crescimento, assim como ocorre, por exemplo, nos Estados Unidos – no qual pode haver a proibição do aborto apenas no último trimestre e há a obrigatoriedade de liberação do procedimento no primeiro,

dado que nessa época os direitos da mulher são considerados mais relevantes aos do nascituro.

A sentença coloca que no artigo 2.1⁷⁰ da Convenção Europeia dos Direitos do Homem – “O direito de qualquer pessoa à vida é protegido pela lei” – não existe delimitação temporal sobre a proteção da vida, fator pelo qual seria impossível determinar apenas por esse documento se o início efetivar-se-ia no momento da concepção, em algum outro ponto do desenvolvimento uterino ou apenas no nascimento (CORTE EUROPÉIA DE DIREITOS HUMANOS, 2004, não p.). Anteriormente, em *Bruggemann & Scheuten v FRG*, a Corte já havia estabelecido que nem todo caso de aborto interferiria somente com o direito à vida privada da mulher, tanto que os Estados delimitam legalmente sobre as hipóteses de permissibilidade dessas hipóteses. (CORTE EUROPÉIA DE DIREITOS HUMANOS, 1978, p. 12-13; PLOMER, 2005, p.315-316, 322).

Neste sentido, portanto, a Corte possui o posicionamento que tal imposição caberia singularmente a cada Estado – visão esta ratificada por *Evan v. Reino Unido*⁷¹. Em seu teor foi discutida a possibilidade de destruição de embriões oriundos de fertilização em vitro, em que a Corte avaliou que não existe um consenso sobre o exato momento do início da vida tanto no âmbito científico quanto legal no continente europeu. Assim, foi considerado pelos juízes que a decisão da delimitação do instante inicial, e seu posterior uso nos ordenamentos jurídicos do continente, não seria cabível de uma deliberação geral, mas sim corresponderia à competência de cada Estado (CORTE EUROPÉIA DE DIREITOS HUMANOS, 2007, não p.)

Plomer (2005, p.316-320) ainda apresenta dois casos em que o Tribunal Europeu negou ao pai o direito de vetar a gestante de realizar o procedimento abortivo. Em

⁷⁰ “Artigo 2º- Direito à vida

1. O direito de qualquer pessoa à vida é protegido pela lei. Ninguém poderá ser intencionalmente privado da vida, salvo em execução de uma sentença capital pronunciada por um tribunal, no caso de o crime ser punido com esta pena pela lei.

2. Não haverá violação do presente artigo quando a morte resulte de recurso à força, tornado absolutamente necessário;

a) Para assegurar a defesa de qualquer pessoa contra uma violência ilegal;

b) Para efectuar uma detenção legal ou para impedir a evasão de uma pessoa detida legalmente;

c) Para reprimir, em conformidade com a lei, uma revolta ou uma insurreição.”

⁷¹ A íntegra da sentença está disponível em <[https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-80046"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{)>.

Paton v Reino Unido, argumentou-se na sentença que o sentido de pessoa não é definido pela Convenção e que na preponderância de sua incidência no documento somente faz sentido aplicá-lo ao ser humano já nascido. Também, que as limitações ao direito a vida presentes no artigo 2.2 também não são aplicáveis ao feto. Apesar de não definir do ponto de vista jurídico o início da vida e nem o âmbito de alcance do direito à vida do feto, declarou-se que esse direito nunca seria absoluto, pois tal interpretação concederia valor maior à vida de um indivíduo já nato (CORTE EUROPÉIA DE DIREITOS HUMANOS, 1980, p.6-8). Em *H v Noruega*, além de afirmar a dispensabilidade da anuência do pai para a ocorrência do procedimento, novamente há a defesa da não obrigatoriedade da defesa da vida do feto, dada a divergência de opiniões internacionais sobre o tema (CORTE EUROPÉIA DE DIREITOS HUMANOS, 1992, p. 11). Deste modo, há em ambos os casos abertura para a permissibilidade de hipóteses de aborto.

Já o caso *Boso v. Itália* consagrou pelo Tribunal a perspectiva de que é cabível uma aplicação equilibrada dos direitos do feto e da mulher grávida, admitindo-se a interrupção da gravidez caso haja o entendimento pelo sistema jurídico que os direitos da mulher, principalmente sua liberdade pessoal, prevalecem sobre o direito de vida e da proteção do feto nas primeiras doze semanas de desenvolvimento (CORTE EUROPÉIA DE DIREITOS HUMANOS, 2002 *apud* KUAN, 2014). Plomer (2005, p. 320) indica que a Corte compreendeu que houve essa ponderação e que o Estado não excedeu sua discricionariedade no assunto nem infringiu o artigo 2 da Convenção.

A, B e C v Irlanda, nessa vertente, é um ótimo exemplo de como esse balanceamento de direitos é efetuado pelo tribunal. As três autoras ajuizaram contra a Irlanda ao questionar a severidade da lei do país no tocante a disponibilização do aborto em três casos: A já havia perdido a guarda de seus quatro filhos por hipossuficiência e sofria de depressão, tendo engravidado novamente ao manter relações sexuais com um parceiro que considerava ser infértil; B, por razões socioeconômicas, também não possuía condições de criar uma criança e C descobriu a gravidez enquanto realizava tratamento contra o câncer. As três mulheres viajaram à Inglaterra para realizar o procedimento, visto que este lhes foi negado por parte do

serviço de saúde público irlandês. Em sentença, a Corte reconheceu o direito da Irlanda de dispor sobre a legalização do aborto (que somente é permitido no país nos casos de risco de vida da mãe) e declarou que tal posicionamento não vai de encontro ao direito a vida assegurado pela Convenção Europeia dos Direitos do Homem (CORTE EUROPÉIA DE DIREITOS HUMANOS, 2010, p. 65-67).

O Tribunal apenas considerou uma violação aos direitos da mulher o caso de C, dado que a manutenção da gravidez poderia interferir com o tratamento que já estava realizando contra o câncer e prejudicar sua saúde. Também considerou-se que faltou à Irlanda estabelecer claramente as hipóteses em que o aborto seria permitido e fornecer tal informação devidamente em seu sistema de saúde (CORTE EUROPÉIA DE DIREITOS HUMANOS, 2010, p. 67-73) - ponto que posteriormente fundamentou a promulgação do *Protection of Life During Pregnancy Act* pelo país⁷². Quanto a A e B, a proibição do aborto se este for justificado apenas por questões socioeconômicas foi aceito pela Corte e não foi considerado deveras lesivo, dado o grau de discricionariedade de cada Estado de estabelecer sua própria legislação (CORTE EUROPÉIA DE DIREITOS HUMANOS, 2010, p. 67).

Em resumo, conclui-se que o Tribunal Europeu oferece discricionariedade aos seus Estados-membros para legislar sobre o tema do aborto, porém indica ser necessário um equilíbrio entre os direitos do feto e da mulher a fim de que sejam resguardados os seus melhores interesses. Deste modo, apesar de não assim dispor expressamente, torna-se complexa a defesa de uma proibição total, dado que nunca haverá um direito absoluto do direito à vida do nascituro se comparado às garantias da mãe – mesmo que ainda haja uma nação nesse continente que adote essa vertente mais restritiva.

⁷² Nesse sentido, “Council of Europe closes case against Ireland on abortion”, disponível em: < <https://www.irishtimes.com/news/world/council-of-europe-closes-case-against-ireland-on-abortion-1.2025834>>.

5. CONCLUSÃO

Por meio do estudo aqui desenvolvido, foi possível tanto analisar em um contexto geral as correntes legislativas aplicadas mundialmente, bem como examinar com maior profundidade casos concretos de ordenamentos jurídicos e suas implementações nos países-chave de cada posicionamento. Adicionalmente, exploraram-se as posições de organismos e tribunais internacionais de modo a verificar a existência de tendências nesses âmbitos.

Primeiramente, através do levantamento de dados, descobriu-se que existe uma relação proporcional dos indicadores socioeconômicos em relação a permissibilidade de suas leis – com países com níveis mais elevados de IDH, renda per capita e mortalidade materna representando a maioria daqueles universos nos quais a corrente permissiva é mais corriqueira. Deste modo, a primeira hipótese alavancada no início da pesquisa mostrou-se correta, visto que nesses Estados há de fato valorização dos direitos da gestante como ser humano em detrimento do direito à vida do feto.

No tocante à interferência das religiões, a maior dedução averiguada é que sua ausência, assim como alertado com os indicadores, oferece uma propensão a leis mais libertárias quanto ao aborto. Não foram reconhecidas diversidades significativas da presença de cada corrente quanto a cada dogma, porém foi apontada a possibilidade de maior influência do Cristianismo no ordenamento jurídico, visto que todos os países com leis proibitivas o tinham como religião predominante.

Quanto às suas origens, o Poder Legislativo destacou-se como o principal caminho para as mudanças expressivas na maior parte dos países, cabendo ao Poder Judiciário papel suplementar na interpretação dessas leis e na criação de novas hipóteses de exceção de ilicitude da conduta. - exceção feita aos Estados Unidos, cujo sistema jurídico de *Common Law* por sua essência valoriza o âmbito contencioso. Entretanto, a rigidez do Poder Legislativo também acarreta em sua maior morosidade e indisposição para mudanças, de modo que a legislação em vigor pode não guardar mais relação com a sociedade que rege. Por esse aspecto, a alternativa do Poder Judiciário é uma aposta interessante na busca de maior celeridade.

Compreendeu-se que os organismos internacionais, liderados pela Organização das Nações Unidas, defendem a implementação de legislações que no mínimo possibilitem o aborto terapêutico, havendo opiniões mais extremas, como a da Anistia Internacional, de pregar pela total liberação. Para isso, há o uso de comitês de direitos humanos e os mecanismos a fim de que haja mudanças em nível interno motivadas pela pressão internacional. No caso dos tribunais estudados, apesar de ambos decretarem que a total proibição feriria os direitos da mulher e que é descabida uma proteção absoluta do direito do feto, essas Cortes defendem a soberania e a discricionariedade dos Estados de estabelecerem suas próprias legislações de acordo com a opinião pública e jurídica vigente em suas sociedades.

Seria interessante, em uma próxima etapa, efetuar um estudo de caráter mais social – ao contrário deste, que possuiu viés principal voltado para as ciências jurídicas - a fim de que sejam entendidas as mudanças da opinião pública que resultam na alteração das legislações, tanto na abertura quanto no fechamento de novas hipóteses de admissão da conduta do aborto. Do ponto de vista jurídico, seria indicado estudar de modo mais profundo, por meio das sentenças das cortes superiores, como os tratados multilaterais e julgamentos internacionais interferem no direito interno e pressionam sua adequação ao padrão “aceito internacionalmente”.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

108TH UNITED STATES CONGRESS. **H. R. 760 [Report No. 108–58]**: a bill to prohibit the procedure commonly known as partial-birth abortion. Washington D.C, Union Calendar n. 36, 3 abril 2003. Disponível em: <<https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-108hr760rh/pdf/BILLS-108hr760rh.pdf>>. Acesso em 31 outubro 2017.

AMNESTY INTERNACIONAL. **The total abortion ban in Nicaragua**: women's lives and health endangered, medical professionals criminalized. Londres: Amnesty Internacional Publications, 2009.

ARGENTINA. Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina. **A. F. s/medida autosatisfactiva, F. 259. XLVI**. Buenos Aires, 13 março 2012. Disponível em: <<http://www.cij.gov.ar/nota-8754-La-Corte-Suprema-preciso-el-alcance-del-aborto-no-punible-y-dijo-que-estos-casos-no-deben-ser-judicializados.html>>. Acesso em: 25 outubro 2017.

ARILHA, Margareth Martha. **Misoprostol**: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo. Revista Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1785-1794, julho 2012.

BECERRA, Lidia Casas. SHEPARD, Bonnie L. **Abortion Policies and Practices in Chile**: Ambiguities and Dilemmas. Reproductive Health Matters, v. 15, n. 30, p. 202-210, outubro 2007.

BENUTE, Gláucia Rosana Guerra. NOMURA, Roseli Mieko Yakamoto. PEREIRA, Pedro Paulo, LUCIA, Mara Cristina Souza de. ZUGAIB, Marcelo. **Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 55, n. 3, p. 322-327, 2009.

BITTENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal – Parte Especial 2 – Dos crimes contra a pessoa**. 8ª ed. rev. atual. São Paulo: Saraiva, 2008.

BOLIVIA. Tribunal Constitucional Plurinacional. **Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014**. Relator: Efren Choque Capuma. Sucre, 5 fevereiro 2014. Disponível em: <<http://catolicasbolivia.org/wp-content/uploads/2015/09/cpe.-sentencia-constitucional-plurinacional-0206-2014.pdf>>. Acesso em: 20 outubro 2017.

BRASIL. **Código Criminal do Império do Brasil**. Lei de 16 de dezembro de 1830. Manda executar o Código Criminal. Rio de Janeiro, 8 janeiro 1831. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM-16-12-1830.htm>. Acesso em: 20 agosto 2017.

BRASIL. **Código Penal**. Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940. Rio de Janeiro, 7 de dezembro de 1940. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htmAcesso em: 20 agosto 2017.

BRASIL. **Código Penal dos Estados Unidos do Brasil**. Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890. Rio de Janeiro, 11 de outubro de 1890. Disponível em: < www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm>. Acesso em: 20 agosto 2017.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 3510 DF**. Relator: Carlos Augusto Ayres de Freitas Britto. Brasília, 29 maio 2008. Disponível em: < <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=611723>>. Acesso em 10 setembro 2017.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº. 54**. Relator: Ministro Marco Aurélio Mendes de Farias Mello. Brasília, 12 abril 2012. Disponível em: < <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>>. Acesso em 25 agosto 2017.

BRITO. Luciana Stoimenoff. **Santos BS, Santos AC, Duarte M, Barradas C, Alves M. Cometi um crime? Representações sobre a (i)legalidade do aborto**. Revista Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1923-1925, julho 2012.

CANUTO, Ana Flávia Alves. **Análise do Aborto como direito da Mulher**. Revista Eletrônica da Reunião Anual de Ciência, v. 3, n.1, 2013.

CHILE. **Código Penal**. Santiago, 2 de novembro de 1874. Disponível em: < <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1984>>. Acesso em 15 setembro 2017.

CHILE. Tribunal Constitucional de Chile. **Rol 740-07-CDS**: Requerimiento de inconstitucionalidad deducido en contra de algunas disposiciones de las “Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad”, aprobadas por el Decreto Supremo Nº 48, de 2007, del Ministerio de Salud. Santiago, 18 abril 2008. Disponível em: < <http://www.tribunalconstitucional.cl/ver.php?id=914>>. Acesso em 25 outubro 2017.

COLOMBIA. Corte Constitucional de Colombia. **Sentencia C-355/06**. Relator: Alvaro Tafur Galvis. Bogotá D. C., 10 maio 2006. Disponível em: < <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/C-355-06.htm>>. Acesso em: 20 outubro 2017.

CORTE EUROPÉIA DE DIREITOS HUMANOS. **A, B and C v. Ireland** (Application nº 25579/05). Strasbourg, 16 dezembro 2010. Disponível em: < <http://hudoc.echr.coe.int/app/conversion/pdf/?library=ECHR&id=001-102332&filename=001-102332.pdf>>. Acesso em: 25 outubro 2017.

CORTE EUROPÉIA DE DIREITOS HUMANOS. **Bruggemann and Scheuten v. Federal Republic of Germany** (Application nº 6959/75). Strasbourg, 17 março 1978.

Disponível em: <<http://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2013/10/Bruggemann-v.-Germany.pdf>>. Acesso em: 25 outubro 2017.

CORTE EUROPÉIA DE DIREITOS HUMANOS. **Evans v. The United Kingdom** (Application nº 6339/05). Strasbourg, 17 abril 2007. Disponível em: <<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-80046>>. Acesso em: 25 outubro 2017.

CORTE EUROPÉIA DE DIREITOS HUMANOS. **H v. Norway** (Application nº 17004/90). Strasbourg, 19 maio 1992. Disponível em: < <http://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2016/12/H.-v.-NORWAY.pdf>>. Acesso em: 25 outubro 2017.

CORTE EUROPÉIA DE DIREITOS HUMANOS. **Paton v. United Kingdom** (Application nº 8416/78). Strasbourg, 13 maio 1980. Disponível em: < <http://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2013/10/ECOMHR-1980-Paton-v.-United-Kingdom-X.-v.-United-Kingdom.pdf>>. Acesso em: 25 outubro 2017.

CORTE EUROPÉIA DE DIREITOS HUMANOS. **Vo v. France** (Application nº 53924/00). Strasbourg, 8 julho 2004. Disponível em: < <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-61887>>. Acesso em: 25 outubro 2017.

COSTA, Álvaro Mayrink da. **Interrupção da Gravidez: Uma Questão de Direitos Humanos**. Revista EMERJ, Rio de Janeiro, v. 13, n. 50, p. 191-219, 2010.

COSTA RICA. Corte Interamericana de Direitos Humanos. **Caso Artavia Murillo e outros (“fecundação in vitro”) vs. Costa Rica**. Presidente: Diego García-Sayán. San José, 28 novembro. Disponível em: <http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_326_esp.pdf>. Acesso em 20 julho 2017.

DENNISTON, Lyle. **Opinion analysis: Abortion rights reemerge strongly**. SCOTUSblog, 27 junho 2016. Disponível em: <http://www.scotusblog.com/2016/06/opinion-analysis-abortion-rights-reemerge-strongly/>. Acesso em: 20 setembro 2017.

DINIZ, Débora. MADEIRO, Alberto Pereira. **Cytotec e Aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres**. Revista Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1795-1804, julho 2012.

DROVETTA, Raquel Irene. **O aborto na Argentina: implicações do acesso à prática da interrupção voluntária da gravidez** Revista Brasileira de Ciência Política, Brasília, n.7, p. 115-132. janeiro - abril de 2012.

DURÁN. Manuel Carrasco. Fontana, Vilson (trad). Fernandez, Fernando Francisco Afonso (trad). **Aborto, eutanásia, recusa a tratamento médico e reprodução assistida: interpretação constitucional e biodireito**. Jurisprudência Catarinense, Florianópolis, v. 32, n. 114, p. 31-64, abr/set 2007.

ESPAÑA. **Ley Orgánica 9/1985**, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, n. 166, de 12 de julio de 1985, p. 22041. Disponível em: < <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-14138>>. Acesso em: 15 setembro 2017.

ESPAÑA. **Ley Orgánica 2/2010**, de 3 de marzo de 2010. De salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, n. 55, 4 março 2010, p. 21001-21014. Disponível em: < <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-3514>>. Acesso em: 15 setembro 2017.

FARIAS, Rejane Santos. CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. **Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães**. Revista Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1755-1763, julho 2012.

FERNANDES, Paulo Sérgio Leite. **Aborto e Infanticídio**. 2ª edição, atualizada e ampliada. São Paulo: Sugestões Literárias, 1984.

FONTES, Maria Lucineide Andrade. **O enquadramento do aborto na mídia impressa brasileira nas eleições 2010**: a exclusão da saúde pública do debate. Revista Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1805-1812, julho 2012.

HUMAN RIGHTS WATCH. **International Human Rights Law and Abortion in Latin America**. Human Rights and Abortion, July 2005.

INSTITUTO DE BIOÉTICA, DIREITOS HUMANOS E GÊNERO (Org.). **Aspectos éticos do atendimento ao aborto legal**: perguntas e respostas. Brasília: Letras Livres, 2012.

KNOX, Vickie. **Abortion in the Americas**: Non-discrimination and Equality as Tools for Advocacy and Litigation. The Equal Rights Review, v. 9, 2012, p.24-51.

KRUEZ, Letícia Regina Camargo. **Crime e pecado**: o aborto sob os véus da religiosidade, da moralidade, da juridicidade e do feminismo. Curitiba, 2016.

KUAN, Ngai In. **A interrupção da gravidez**: motivação da República Portuguesa e da República Popular da China. 2014. 247 f. Dissertação (Mestrado em Direito, Especialidade em Ciências Jurídico-Criminais) – Departamento de Direito, Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa, 2014. Disponível em: < <http://repositorio.ual.pt/handle/11144/736>>. Acesso em 21 julho 2017.

LARA, J. Carlos, PINCHEIRA, Carolina. VERA, Francisco. **Privacy in the Chilean legal system**. Policy Papers, n. 08, [20-]. Disponível em: < <https://www.derechosdigitales.org/wp-content/uploads/eng-policy-paper-privacy-1-.pdf>>. Acesso em: 15 setembro 2017.

LATIN AMERICAN AND CARRIBBEAN WOMEN'S HEALTH NETWORK. **Safe & Legal Abortion: A Challenge for Democracy.** Women's Health Journal, n. 4, 2008.

MADEIRO, Alberto Pereira. DINIZ, Débora. **Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional.** Revista Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016.

MERINO, Antonio Giménez. **Uma Lectura Laica de la Discusión sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Brasil.** Revista EMERJ, Rio de Janeiro, v.17, n. 64, p. 22-35, jan-abr 2014.

MORAIS, Lorena Ribeiro de. **A legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde da mulher.** Senatus, Brasília, v. 6, n. 1, p. 50-58, maio 2008

NICARÁGUA. **Código Penal.** Lei nº. 641/2009. Disponível em: <http://www.poderjudicial.gob.ni/arc-pdf/CP_641.pdf>. Acesso em: 25 setembro 2017.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Americana de direitos humanos.** Assinada na Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos. San José, Costa Rica, 22 novembro 1969. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm. Acesso em: 02 agosto 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Abortamento seguro:** Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2a edição. Uruguai: Organização Mundial da Saúde, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf. Acesso em: 20 julho 2017.

PACHECO, Eliana Descovi. **O aborto e sua evolução histórica.** 11 out 2007. Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/3764/O-aborto-e-sua-evolucao-historica>>. Acesso em: 28 set 2017.

PAUL, Alvaro. **Controversial Conceptions: The Unborn and the American Convention on Human Rights.** Loyola University Chicago International Law Review, Chicago, v. 9, n. 2, spring/summer 2012.

PLOMER, Aurora. **A Foetal Right to Life? The Case of Vo v France.** Human Rights Law Review, v.5, n. 2, p. 311-338, January 2005,

PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 48/95**, de 15 de Março. Código Penal Português atualizado. Disponível em: <http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=109&tabela=leis&so_miolo=>>. Acesso em: 20 setembro 2017.

PORTUGAL. **Lei nº 6/84**, de 11 de Maio, Exclusão de ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez. Disponível em: <

http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=104&tabela=lei_velhas&nversao=1>. Acesso em: 20 setembro 2017.

TORRES, José Henrique Rodrigues Torres. **Aborto e Legislação Comparada**. Ciência e Cultura, São Paulo, v.64, n.2, p.40-43, abr-jun 2012.

TOZZI, Piro A. **Internacional Law and the Right to Abortion**. Legal Study Series of Catholic Family & Human Rights Institute, New York, n. 1, 2010.

UNITED NATIONS. **Human Development Report 2016: Human Development for everyone**. Canadá: United Nations Development Programme, 2016, 286 f. Disponível em: <www.hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf>. Acesso em 20 julho 2017.

UNITED NATIONS. **World Abortion Policies 2013**. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2013.

UNITED STATES OF AMERICA. United States Supreme Court. **Doe v. Bolton, 410 U.S. 179 (1973)**. Relator: Harry Andrew Blackmun. Washington D.C, 22 janeiro 1973. Disponível em: <<https://supreme.justia.com/cases/federal/us/410/179/case.html>>. Acesso em: 15 outubro 2017.

UNITED STATES OF AMERICA. United States Supreme Court. **Gonzales v. Carhart, 550 U.S. 124 (2007)**. Relator: Anthony McLeod Kennedy. Washington D.C, 18 abril 2007. Disponível em: < <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/550/124/> >. Acesso em: 15 outubro 2017.

UNITED STATES OF AMERICA. United States Supreme Court. **Planned Parenthood v. Danforth, 428 U.S. 52 (1976)**. Relator: Harry Andrew Blackmun. Washington D.C, 1 julho 1976. Disponível em: <<https://supreme.justia.com/cases/federal/us/428/52/case.html>>. Acesso em: 15 outubro 2017.

UNITED STATES OF AMERICA. United States Supreme Court. **Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v Casey 505 U.S. 833 (1992)**. Washington D.C, 29 junho 2000. Relatores: Sandra Day O'Connor, Anthony McLeod Kennedy e David Souter. Disponível em: <<https://supreme.justia.com/cases/federal/us/505/833/case.html>>. Acesso em: 15 outubro 2017.

UNITED STATES OF AMERICA. United States Supreme Court. **Roe v. Wade, 410 U.S. 113 (1973)**. Relator: Harry Andrew Blackmun. Washington D.C, 22 janeiro 1973. Disponível em: <<https://supreme.justia.com/cases/federal/us/410/113/case.html>>. Acesso em: 15 outubro 2017.

UNITED STATES OF AMERICA. United States Supreme Court. **Stenberg v. Carhart 530 U.S. 914 (2000)**. Relator: Stephen Gerald Breyer. Washington D.C, 28 junho 2000.

Disponível em: < <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/530/914/case.html>>. Acesso em: 15 outubro 2017.

UNITED STATES OF AMERICA. United States Supreme Court. **Whole Woman's Health v. Hellerstedt** 579 U.S. __ (2016). Relator: Stephen Gerald Breyer. Washington D.C, 27 junho 2016. Disponível em: < <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/530/914/case.html>>. Acesso em: 15 outubro 2017.

ZORZI, Kelsey. **The Impact of the United Nations on Abortion Laws**. Catholic University Law Review, v. 65, n. 2, winter 2015. Disponível em: <<http://scholarship.law.edu/lawreview/vol65/iss2/12>>. Acesso em: 15 setembro 2017.

APÊNDICE 1 – TABELA COMPARATIVA COMPLETA

Países	Corrente Pública de Aborto	IDH	Renda per Capita (\$)	Mortalidade materna	Religião Predominante	Região
Afeganistão	Permissiva Parcial	0.479 (baixo)	1,073	396	Islamismo	Ásia
África do Sul	Permissiva	0.666 (médio)	12,087	139	Cristianismo	África
Albânia	Permissiva	0.764 (alto)	10,252	29	Islamismo	Europa
Alemanha	Permissiva	0.926 (muito alto)	45,000	6	Cristianismo	Europa
Andorra	Permissiva Parcial	0.858 (muito alto)	47,979		Cristianismo	Europa
Angola	Permissiva Parcial	0.533 (baixo)	6,291	477	Cristianismo	África
Antiga e Barbuda	Permissiva Parcial	0.786 (alto)	20,907	Sem índice	Cristianismo	América Central
Arábia Saudita	Permissiva Parcial	0.847 (muito alto)	51,320	12	Islamismo	Ásia
Argélia	Permissiva Parcial	0.745 (alto)	13,533	140	Islamismo	África
Argentina	Permissiva Parcial	0.827 (muito alto)	20,945	52	Cristianismo	América do Sul
Armênia	Permissiva	0.743 (alto)	8,189	25	Cristianismo	Ásia
Austrália	Permissiva Parcial	0.939 (muito alto)	42,822	6	Cristianismo	Oceania
Áustria	Permissiva	0.893 (muito alto)	43,609	4	Cristianismo, sem religião	Europa
Azerbaijão	Permissiva	0.759 (alto)	16,413	25	Islamismo	Europa
Bahamas	Permissiva Parcial	0.792 (alto)	21,565	80	Cristianismo	América Central
Bangladesh	Permissiva Parcial	0.579 (médio)	3,341	176	Cristianismo	América Central
Barbados	Permissiva Parcial	0.795 (alto)	14,952	27	Cristianismo	América Central
Barém	Permissiva	0.824 (muito alto)	37,236	15	Islamismo	Ásia
Bélgica	Permissiva	0.896 (muito alto)	41,243	7	Cristianismo	Europa
Belize	Permissiva Parcial	0.706 (alto)	7,375	28	Cristianismo	América Central
Benim	Permissiva Parcial	0.485 (baixo)	1,979	405	Cristianismo	África
Bielorrússia	Permissiva	0.796 (alto)	15,629	4	Cristianismo	Europa
Bolívia	Permissiva Parcial	0.674 (médio)	6,155	206	Cristianismo	América do Sul
Bósnia e Herzegovina	Permissiva	0.750 (alto)	10,091	11	Islamismo	Europa
Botsuana	Permissiva Parcial	0.698 (médio)	14,663	129	Cristianismo	África
Brasil	Permissiva Parcial	0.754 (alto)	14,145	44	Cristianismo	América do Sul
Brunei	Permissiva Parcial	0.865 (muito alto)	72,843	23	Islamismo	Ásia

Bulgária	Permissiva	0.794 (alto)	16,261	11	Cristianismo	Europa
Burquina Faso	Permissiva Parcial	0.402 (baxo)	1,537	371	Islamismo	África
Burúndi	Permissiva Parcial	0.404 (baixo)	691	712	Cristianismo	África
Butão	Permissiva Parcial	0.607 (médio)	7,081	148	Budismo	Ásia
Cabo Verde	Permissiva	0.648 (médio)	6,049	42	Cristianismo	África
Camarões	Permissiva Parcial	0.518 (baixo)	2,894	596	Cristianismo	África
Camboja	Permissiva	0.563 (médio)	3,095	161	Budismo	Ásia
Canadá	Permissiva	0.920 (muito alto)	42,582	7	Cristianismo, sem religião	América do Norte
Catar	Permissiva Parcial	0.856 (muito alto)	129,916	13	Islamismo	Ásia
Cazaquistão	Permissiva	0.794 (alto)	22,093	12	Islamismo	Ásia
Chade	Permissiva Parcial	0.396 (baixo)	1,991	856	Islamismo	África
Chile	Proibitiva	0.847 (muito alto)	21,665	22	Cristianismo, sem religião	América do Sul
China	Permissiva	0.738 (alto)	13,345	27	Religião Tradicional	Ásia
Chipre	Permissiva Parcial	0.856 (muito alto)	29,459	7	Cristianismo	Europa
Colômbia	Permissiva Parcial	0.727 (alto)	12,762	64	Cristianismo	América do Sul
Comores	Permissiva Parcial	0.497 (baixo)	1,335	335	Islamismo	África
Congo-Brazzaville	Permissiva Parcial	0.592 (médio)	5,503	442	Cristianismo	África
Coreia do Sul	Permissiva Parcial	0.901 (muito alto)	34,541	11	Sem religião	Ásia
Costa do Marfim	Permissiva Parcial	0.474 (baixo)	3,163	645	Cristianismo	África
Costa Rica	Permissiva Parcial	0.776 (alto)	12,202	25	Cristianismo	América Central
Croácia	Permissiva	0.827 (muito alto)	20,291	8	Cristianismo	Europa
Cuba	Permissiva	0.775 (alto)	7,455	39	Cristianismo, sem religião	América Central
Dinamarca	Permissiva	0.925 (muito alto)	44,519	6	Cristianismo, sem religião	Europa
Djibouti	Permissiva Parcial	0.473 (baixo)	3,216	229	Islamismo	África
Dominica	Permissiva Parcial	0.726 (alto)	10,096		Cristianismo	América Central
Egito	Permissiva Parcial	0.691 (médio)	10,064	33	Islamismo	África
El Salvador	Proibitiva	0.680 (médio)	7,732	54	Cristianismo	América Central
Emirados Árabes Unidos	Permissiva Parcial	0.840 (muito alto)	66,203	6	Islamismo	Ásia
Equador	Permissiva Parcial	0.739 (alto)	10,536	64	Cristianismo	América do Sul
Eritreia	Permissiva Parcial	0.420 (baixo)	1,490	501	Islamismo	África
Eslováquia	Permissiva	0.845 (muito alto)	26,764	6	Cristianismo	Europa
Eslovênia	Permissiva	0.890 (muito alto)	28,664	9	Cristianismo	Europa
Espanha	Permissiva	0.884 (muito)	32,779	5	Cristianismo,	Europa

		alto)			sem religião	
Estados Unidos	Permissiva Parcial	0.920 (muito alto)	53,245	14	Cristianismo, sem religião	América do Norte
Estônia	Permissiva	0.865 (muito alto)	26,362	9	Sem religião	Europa
Etiópia	Permissiva Parcial	0.448 (baixo)	1,523	353	Cristianismo	África
Fiji	Permissiva Parcial	0.736 (alto)	8,245	30	Cristianismo	Oceania
Filipinas	Permissiva Parcial	0.682 (médio)	8,395	114	Cristianismo	Ásia
Finlândia	Permissiva Parcial	0.895 (muito alto)	38,868	3	Cristianismo	Europa
França	Permissiva	0.897 (muito alto)	38,085	8	Cristianismo, sem religião	Europa
Gabão	Permissiva Parcial	0.697 (médio)	19,044	291	Cristianismo	África
Gâmbia	Permissiva Parcial	0.452 (baixo)	1,541	706	Islamismo	África
Gana	Permissiva Parcial	0.579 (médio)	3,839	319	Cristianismo	África
Geórgia	Permissiva	0.769 (alto)	8,856	36	Cristianismo	Europa
Granada	Permissiva Parcial	0.754 (alto)	11,502	27	Cristianismo	América Central
Grécia	Permissiva	0.866 (muito alto)	24,808	3	Cristianismo	Europa
Guatemala	Permissiva Parcial	0.640 (médio)	7,063	88	Cristianismo	América Central
Guiana	Permissiva	0.638 (médio)	6,884	229	Cristianismo	América do Sul
Guiné	Permissiva Parcial	0.414 (baixo)	1,058	679	Islamismo	África
Guiné Equatorial	Permissiva Parcial	0.592 (médio)	21,517	342	Cristianismo	África
Guiné-Bissau	Permissiva Parcial	0.424 (baixo)	1369	549	Islamismo	África
Haiti	Permissiva Parcial	0.493 (baixo)	1,657	359	Cristianismo	América Central
Honduras	Permissiva Parcial	0.625 (médio)	4,466	129	Cristianismo	América Central
Hungria	Permissiva	0.836 (muito alto)	23,394	17	Cristianismo, sem religião	Europa
Iêmen	Permissiva Parcial	0.482 (baixo)	2,300	385	Islamismo	Ásia
Ilhas Marshall	Permissiva Parcial	Sem índice	4,412	Sem índice	Cristianismo	Oceania
Ilhas Salomão	Permissiva Parcial	0.515 (baixo)	1,561	114	Cristianismo	Oceania
Índia	Permissiva Parcial	0.624 (médio)	5,663	174	Hinduísmo	Ásia
Indonésia	Permissiva Parcial	0.689 (médio)	5,256	126	Islamismo	Ásia
Irã	Permissiva Parcial	0.774 (alto)	16,395	25	Islamismo	Ásia
Iraque	Permissiva Parcial	0.649 (médio)	11,608	50	Islamismo	Ásia
Irlanda	Permissiva Parcial	0.923 (muito alto)	43,798	8	Cristianismo	Europa
Islândia	Permissiva Parcial	0.921 (muito alto)	37,065	3	Cristianismo	Europa
Israel	Permissiva Parcial	0.899 (muito alto)	31,215	5	Judaísmo	Ásia
Itália	Permissiva	0.887 (muito alto)	33,573	4	Cristianismo	Europa
Jamaica	Permissiva Parcial	0.730 (alto)	8,350	89	Cristianismo	América Central

Japão	Permissiva Parcial	0.903 (muito alto)	37,268	5	Xintoísmo, sem religião	Ásia
Jordânia	Permissiva Parcial	0.741 (alto)	10,111	58	Islamismo	Ásia
Kiribati	Permissiva Parcial	0.588 (médio)	2,475	90	Cristianismo	Oceania
Kuwait	Permissiva Parcial	0.800 (muito alto)	76,075	4	Islamismo	Ásia
Laos	Permissiva Parcial	0.586 (médio)	5,049	197	Budismo	Ásia
Lesoto	Permissiva Parcial	0.497 (baixo)	3,319	487	Cristianismo	África
Letônia	Permissiva	0.830 (muito alto)	22,589	18	Cristianismo	Europa
Líbano	Permissiva Parcial	0.763 (alto)	13,312	15	Islamismo	Ásia
Libéria	Permissiva Parcial	0.427 (baixo)	683	725	Cristianismo	África
Líbia	Permissiva Parcial	0.716 (alto)	14,303	9	Islamismo	Ásia
Liechtenstein	Permissiva Parcial	0.912 (muito alto)	75,065	Sem índice	Cristianismo	Europa
Lituânia	Permissiva	0.848 (muito alto)	26,006	10	Cristianismo	Europa
Luxemburgo	Permissiva Parcial	0.898 (muito alto)	62,471	10	Cristianismo, sem religião	Europa
Macedônia	Permissiva	0.748 (alto)	12,405	8	Cristianismo	Europa
Madagascar	Permissiva Parcial	0.512 (baixo)	1,320	353	Religião Tradicional	África
Malásia	Permissiva Parcial	0.789 (alto)	24,620	40	Islamismo	Ásia
Maláui	Permissiva Parcial	0.476 (baixo)	1,073	634	Cristianismo	África
Maldivas	Permissiva Parcial	0.701 (alto)	10,383	68	Islamismo	Ásia
Mali	Permissiva Parcial	0.442 (baixo)	2,218	587	Islamismo	África
Malta	Proibitiva	0.856 (muito alto)	29,500	9	Cristianismo	Europa
Marrocos	Permissiva Parcial	0.647 (médio)	7,195	121	Islamismo	África
Maurícia	Permissiva Parcial	0.781 (alto)	17,948	53	Hinduísmo	África
Mauritânia	Permissiva Parcial	0.513 (baixo)	3,527	602	Islamismo	África
México	Permissiva	0.762 (alto)	16,383	38	Cristianismo	América do Norte
Mianmar	Permissiva Parcial	0.556 (médio)	4,943	178	Budismo	Ásia
Micronésia	Permissiva Parcial	0.638 (médio)	3,291	100	Religião Tradicional	Oceania
Moçambique	Permissiva Parcial	0.418 (baixo)	1,098	489	Cristianismo	África
Moldávia	Permissiva	0.699 (médio)	5,026	23	Cristianismo	Europa
Mônaco	Permissiva Parcial	Sem índice	Sem índice	Sem índice	Cristianismo	Europa
Mongólia	Permissiva	0.735 (alto)	10,449	44	Budismo, sem religião	Ásia
Montenegro	Permissiva	0.807 (muito alto)	15,410	7	Cristianismo	Europa
Namíbia	Permissiva Parcial	0.640 (médio)	9,770	265	Cristianismo	África
Nauru	Permissiva Parcial	Sem índice	12,058	Sem índice	Cristianismo	Oceania
Nepal	Permissiva	0.558 (médio)	2,337	258	Hinduísmo	Ásia
Nicarágua	Proibitiva	0.645 (médio)	4,747	150	Cristianismo	América Central
Níger	Permissiva Parcial	0.353 (baixo)	889	553	Islamismo	África
Nigéria	Permissiva Parcial	0.527 (baixo)	5,443	814	Islamismo	África

Noruega	Permissiva	0.949 (muito alto)	67,614	5	Cristianismo	Europa
Nova Zelândia	Permissiva Parcial	0.915 (muito alto)	32,870	11	Cristianismo, sem religião	Oceânia
Omã	Permissiva Parcial	0.796 (alto)	34,402	17	Islamismo	Ásia
Países Baixos	Permissiva	0.924 (muito alto)	46,326	7	Sem religião	Europa
Palau	Permissiva Parcial	0.788 (alto)	13,771	Sem índice	Cristianismo	Oceania
Panamá	Permissiva Parcial	0.788 (alto)	19,470	94	Cristianismo	América Central
Papua Nova Guiné	Permissiva Parcial	0.516 (baixo)	2,712	215	Cristianismo	Oceania
Paquistão	Permissiva Parcial	0.550 (médio)	5,031	178	Islamismo	Ásia
Paraguai	Permissiva Parcial	0.693 (médio)	8,182	132	Cristianismo	América do Sul
Peru	Permissiva Parcial	0.740 (alto)	11295	68	Cristianismo	América do Sul
Polônia	Permissiva Parcial	0.855 (muito alto)	24,117	3	Cristianismo	Europa
Portugal	Permissiva	0.843 (muito alto)	26,104	10	Cristianismo	Europa
Quênia	Permissiva Parcial	0.555 (médio)	2,881	510	Cristianismo	África
Quirguistão	Permissiva	0.664 (médio)	3,097	76	Islamismo	Ásia
Reino Unido	Permissiva Parcial	0.909 (muito alto)	37,931	9	Anglicanismo, sem religião	Europa
República Centro-Africana	Permissiva Parcial	0.352 (baixo)	587	882	Cristianismo	África
República Checa	Permissiva	0.878 (muito alto)	28,144	4	Sem religião	Europa
República Democrática do Congo	Permissiva Parcial	0.435 (baixo)	680	693	Cristianismo	África
República Dominicana	Proibitiva	0.722 (alto)	12,756	92	Cristianismo	América Central
Romênia	Permissiva	0.802 (muito alto)	19,428	31	Cristianismo	Europa
Ruanda	Permissiva Parcial	0.498 (baixo)	1,617	290	Cristianismo	África
Rússia	Permissiva	0.804 (muito alto)	23,286	25	Cristianismo, sem religião	Europa
Samoa	Permissiva Parcial	0.704 (alto)	5,372	51	Cristianismo	Oceania
Santa Lúcia	Permissiva Parcial	0.735 (alto)	9,791	48	Cristianismo	América Central
São Cristóvão e Neves	Permissiva Parcial	0.765 (alto)	22,436	Sem índice	Cristianismo	América Central
San Marino	Permissiva Parcial	Sem índice	50,063	Sem índice	Cristianismo	Europa
São Tomé e Príncipe	Permissiva Parcial	0.574 (médio)	3,070	156	Cristianismo	África
São Vicente e Granadinas	Permissiva Parcial	0.722 (alto)	10,372	45	Cristianismo	América Central
Seicheles	Permissiva Parcial	0.782 (alto)	23,886	Sem índice	Cristianismo	África
Senegal	Permissiva Parcial	0.494 (baixo)	2,250	315	Islamismo	África

Serra Leoa	Permissiva Parcial	0.420 (baixo)	1,529	1360	Islamismo	África
Sérvia	Permissiva	0.776 (alto)	12202	17	Cristianismo	Europa
Singapura	Permissiva	0,925 (muito alto)	78,162	10	Budismo	Ásia
Síria	Permissiva Parcial	0.536 (baixo)	2,441	68	Islamismo	Ásia
Somália	Permissiva Parcial	Sem índice	294	732	Islamismo	África
Sri Lanka	Permissiva Parcial	0.766 (alto)	10,789	30	Budismo	Ásia
Suazilândia	Permissiva Parcial	0.541 (baixo)	7,522	389	Cristianismo	África
Sudão	Permissiva Parcial	0.490 (baixo)	3,846	311	Islamismo	África
Sudão do Sul	Proibitiva	0.418 (baixo)	1,882	789	Cristianismo	África
Suécia	Permissiva	0.913 (muito alto)	46251	4	Cristianismo, sem religião	Europa
Suíça	Permissiva	0.939 (muito alto)	56,364	5	Cristianismo, sem religião	Europa
Suriname	Permissiva Parcial	0.725 (Alto)	16,018	155	Cristianismo	América do Sul
Tailândia	Permissiva Parcial	0.740 (alto)	14,519	20	Budismo	Ásia
Tajiquistão	Permissiva	0.627 (médio)	2,601	32	Islamismo	Ásia
Tanzânia	Permissiva Parcial	0.531 (baixo)	2,467	398	Cristianismo	África
Timor-Leste	Permissiva Parcial	0.605 (médio)	5,371	215	Cristianismo	Oceania
Togo	Permissiva Parcial	0.487 (baixo)	1,262	368	Religião Tradicional	África
Tonga	Permissiva Parcial	0.721 (alto)	5,284	124	Cristianismo	Oceania
Trindade e Tobago	Permissiva Parcial	0.780 (alto)	28,049	63	Cristianismo	América Central
Tunísia	Permissiva	0.725 (alto)	10,249	62	Islamismo	Ásia
Turcomenistão	Permissiva	0.691(médio)	14,026	42	Islamismo	Ásia
Turquia	Permissiva	0.767 (alto)	18,705	16	Islamismo	Europa
Tuvalu	Permissiva Parcial	Sem índice	5,395	Sem índice	Cristianismo	Oceania
Ucrânia	Permissiva	0.743 (alto)	7,361	24	Cristianismo	Europa
Uganda	Permissiva Parcial	0.493 (baixo)	1,670	343	Cristianismo	África
Uruguai	Permissiva	0.795 (alto)	19,148	15	Cristianismo, sem religião	América do Sul
Uzbequistão	Permissiva	0.701 (alto)	5,748	57	Islamismo	Ásia
Vanuatu	Permissiva Parcial	0.597 (médio)	2,805	78	Cristianismo	Oceania
Venezuela	Permissiva Parcial	0.767 (alto)	15,129	95	Cristianismo	América do Sul
Vietnã	Permissiva	0.683(médio)	5,335	54	Religião Tradicional	Ásia
Zâmbia	Permissiva Parcial	0.579 (médio)	3,464	224	Cristianismo	África
Zimbábue	Permissiva Parcial	0.516 (baixo)	1,588	443	Cristianismo	África

Tabela 1 – Tabela Comparativa Completa

APÊNDICE 2 – TABELA DAS HIPÓTESES DE PERMISSÃO

Países	Hipoteses de Permissão				
Afeganistão	Perigo de vida da mulher				
Andorra	Perigo de vida da mulher				
Angola	Perigo de vida da mulher				
Antiga e Barbuda	Perigo de vida da mulher				
Arábia Saudita	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Argélia	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Argentina	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto		
Austrália	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Bahamas	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	
Bangladesh	Perigo de vida da mulher				
Barbados	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	Razões sociais e econômicas
Belize	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher		Má formação do feto	Razões sociais e econômicas
Benim	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	
Bolívia	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto		
Botsuana	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	
Brasil	Perigo de vida da mulher		Estupro/Incesto	Má formação do feto	
Brunei	Perigo de vida da mulher				
Burquina Faso	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	
Burúndi	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Butão	Perigo de vida da	Risco à saúde física/	Estupro/Incesto		

	mulher	mental da mulher			
Camarões	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto		
Catar	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher		Má formação do feto	
Chade	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher		Má formação do feto	
Chipre	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	
Colômbia	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	
Comores	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Congo-Brazzaville	Perigo de vida da mulher				
Coreia do Sul	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	
Costa do Marfim	Perigo de vida da mulher				
Costa Rica	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Djibouti	Perigo de vida da mulher				
Dominica	Perigo de vida da mulher				
Egito	Perigo de vida da mulher				
Emirados Árabes Unidos	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Equador	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Eritreia	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	
Estados Unidos	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Etiópia	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	
Fiji	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	Razões sociais e econômicas
Filipinas	Perigo de vida da mulher				
Finlândia	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	Razões sociais e econômicas
Gabão	Perigo de vida da mulher				

Gâmbia	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/mental da mulher			
Gana	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	
Granada	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/mental da mulher			
Guatemala	Perigo de vida da mulher				
Guiné	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	
Guiné Equatorial	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/mental da mulher			
Guiné-Bissau	Perigo de vida da mulher				
Haiti	Perigo de vida da mulher				
Honduras	Perigo de vida da mulher				
Ilêmen	Perigo de vida da mulher				
Ilhas Marshall	Perigo de vida da mulher				
Ilhas Salomão	Perigo de vida da mulher				
Índia	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	Razões sociais e econômicas
Indonésia	Perigo de vida da mulher		Estupro/Incesto		
Irã	Perigo de vida da mulher				
Iraque	Perigo de vida da mulher				
Irlanda	Perigo de vida da mulher				
Islândia	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	Razões sociais e econômicas
Israel	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	
Jamaica	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/mental da mulher			
Japão	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/mental da mulher	Estupro/Incesto		Razões sociais e econômicas
Jordânia	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/mental da mulher		Má formação do feto	
Kiribati	Perigo de vida da mulher				
Kuwait	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/mental da mulher		Má formação do	

				feto	
Laos	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Lesoto	Perigo de vida da mulher				
Líbano	Perigo de vida da mulher				
Libéria	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	
Líbia	Perigo de vida da mulher				
Liechtenstein	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Luxemburgo	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	Razões sociais e econômicas
Madagascar	Perigo de vida da mulher				
Malásia	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Maláui	Perigo de vida da mulher				
Maldivas	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Mali	Perigo de vida da mulher		Estupro/Incesto		
Marrocos	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Maurícia	Perigo de vida da mulher				
Mauritânia	Perigo de vida da mulher				
Mianmar	Perigo de vida da mulher				
Micronésia	Perigo de vida da mulher				
Moçambique	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Mônaco	Perigo de vida da mulher		Estupro/Incesto	Má formação do feto	
Namíbia	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	
Nauru	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Níger	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher		Má formação do feto	
Nigéria	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Nova Zelândia	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do	

				feto	
Omã	Perigo de vida da mulher			Má formação do feto	
Palau	Perigo de vida da mulher				
Panamá	Perigo de vida da mulher		Estupro/Incesto	Má formação do feto	
Papua Nova Guiné	Perigo de vida da mulher				
Paquistão	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Paraguai	Perigo de vida da mulher				
Peru	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Polônia	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	
Quênia	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Reino Unido	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher		Má formação do feto	
República Centro-Africana	Perigo de vida da mulher				
República Democrática do Congo	Perigo de vida da mulher				
Ruanda	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Samoa	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Santa Lúcia	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto		
São Cristóvão e Neves	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto		
San Marino	Perigo de vida da mulher				
São Tomé e Príncipe	Perigo de vida da mulher				
São Vicente e Granadinas	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	Razões sociais e econômicas
Seicheles	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	
Senegal	Perigo de vida da mulher				
Serra Leoa	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/ mental da mulher			
Síria	Perigo de vida da mulher				

Somália	Perigo de vida da mulher				
Sri Lanka	Perigo de vida da mulher				
Suazilândia	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/mental da mulher			
Sudão	Perigo de vida da mulher		Estupro/Incesto	Má formação do feto	
Suriname	Perigo de vida da mulher				
Tailândia	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	
Tanzânia	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/mental da mulher			
Timor-Leste	Perigo de vida da mulher				
Togo	Perigo de vida da mulher				
Tonga	Perigo de vida da mulher				
Trindade e Tobago	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/mental da mulher			
Tuvalu	Perigo de vida da mulher				
Uganda	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/mental da mulher			
Vanuatu	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/mental da mulher			
Venezuela	Perigo de vida da mulher				
Zâmbia	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/mental da mulher		Má formação do feto	Razões sociais e econômicas
Zimbábue	Perigo de vida da mulher	Risco à saúde física/mental da mulher	Estupro/Incesto	Má formação do feto	

Tabela 2 – Incidência das hipóteses de permissão nos países com vigência da corrente permissiva parcial.

APÊNDICE 3 – TABELAS COMPARATIVAS ESPECÍFICAS

Corrente Legislativa	Países	Percentual Total
Permissiva	56	29.2
Permissiva Parcial	130	67.7
Proibitiva	6	3.1

Tabela 3 – Incidência das correntes legislativas de aborto.

Hipóteses de Permissão na Permissiva Parcial	Países	Percentual da Hipótese
Perigo de vida da mulher	130	100.0%
Risco à saúde física/ mental da mulher	73	56.2%
Estupro/Incesto	39	30.0%
Má formação do feto	39	30.0%
Razões sociais e econômicas	10	7.7%

Tabela 4 – Incidência das hipóteses de incidência na corrente permissiva parcial.

IDH	Países	Permissiva	Permissiva Parcial	Proibitiva
Baixo	41	0.0%	97.6%	2.4%
Medio	40	25.0%	70.0%	5.0%
Alto	55	34.5%	63.6%	1.8%
Muito Alto	50	54.0%	42.0%	4.0%

Tabela 5 – Incidência das correntes com base nos índices de IDH.

Renda per Capita	Países	Permissiva	Permissiva Parcial	Proibitiva
Menor que \$5.000	55	7.3%	89.1%	3.6%
Entre \$5.001 a \$10.000	33	27.3%	69.7%	3.0%
Entre \$10.001 a \$25.000	58	37.9%	58.6%	3.4%
Superior a \$25.001	43	46.5%	51.2%	2.3%

Tabela 6 – Incidência das correntes de acordo com a renda per capita

Mortalidade Materna	Países	Permissiva	Permissiva Parcial	Proibitiva
Entre 0 a 15	49	59.2%	38.8%	2.0%
Entre 16 e 35	25	52.0%	44.0%	4.0%
Entre 36 e 100	35	28.6%	65.7%	5.7%
Acima de 100	71	5.6%	91.5%	2.8%
Sem Índice	12	0.0%	100.0%	0.0%

Tabela 7 – Incidência das correntes considerando os índices de mortalidade materna.

Religião Predominante	Países	Permissiva	Permissiva Parcial	Proibitiva
Budismo	8	37.5%	62.5%	0.0%
Cristianismo	121	29.8%	65.3%	5.0%
Islamismo	48	22.9%	77.1%	0.0%
Outras	11	27.3%	72.7%	0.0%
Sem religião	4	75.0%	25.0%	0.0%

Tabela 8 – Incidência das correntes de acordo com as religiões predominantes nacionais

Característica	Países	Permissiva	Permissiva Parcial	Proibitiva
>20% Sem Religião	22	68.2%	27.3%	4.5%

Tabela 9 – Incidência das correntes em países com porcentagem significativa de população não religiosa.

Região	Países	Permissiva	Permissiva Parcial	Proibitiva
África	52	3,8%	94,2%	1,9%
América Central	21	4,8%	81,0%	14,3%
América do Norte	3	66,7%	33,3%	0,0%
América do Sul	12	16,7%	75,0%	8,3%
Ásia	42	33,3%	66,7%	0,0%
Europa	47	74,5%	23,4%	2,1%
Oceania	15	0,0%	100,0%	0,0%

Tabela 10 – Incidência das correntes por região